

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.101.321.027**

**VELASQUEZ VASQUEZ**

APELLIDOS

**MAYRA ALEJANDRA**

NOMBRES

**MAYRA VELÁZQUEZ**

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

09-OCT-1992

**CHIMA**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60**

**O+**

**F**

ESTATURA

G.S. RH

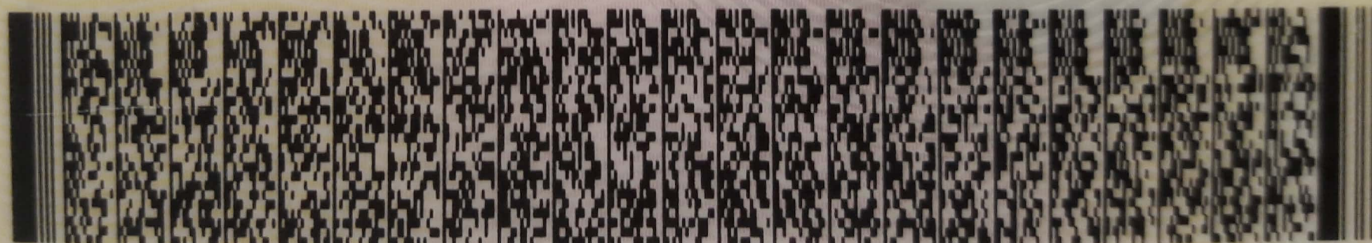
SEXO

**30-AGO-2011 SIMACOTA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2719600-00338990-F-1101321027-20111002

0028230196G 1

27055769



## CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,  
DISTRITO  
CAPITAL,  
COLOMBIA,  
A quién interese**

**19/11/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1101321027**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| Número            | <b>462370067789</b> |
| Fecha de apertura | <b>11/01/2022</b>   |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



# UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN UMB

SECCIONAL BUCARAMANGA

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN N.º 1560 DE MARZO 29 DE 2007  
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO  
14 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES  
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

*Mayra Alejandra Velásquez Vásquez*

*C.C. 1101321027 de Bucaramanga*

EL TÍTULO DE

*Ingeniero Biomédico*

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE LO EXPUESTO, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

A LOS 17 DÍAS DEL MES Diciembre DE 2010

RECTOR

DIRECTOR ACADÉMICO Y CONTRA

ACADÉMICO

31776

DIRECTOR DE PROGRAMA

Libro de Registro No. 0000  
Acta de Grado No. 000  
Folio No. 000  
Registro Profesional No. 0000



# UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

SECCIONAL BUCARAMANGA

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 1560 DE MARZO 29 DE 2007  
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 103 LIBRO No. 014 FOLIO No. 4496

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO  
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y  
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

*Mayra Alejandra Velásquez Vásquez*

C.C. No. 1101321027 de *Buenavista*

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS  
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,  
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

*Ingeniero Biomédico*

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB,  
SECCIONAL BUCARAMANGA Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ  
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN  
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO

EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 13 DÍAS DEL MES *Diciembre* DE 2018

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL  
ACADEMICO

SECRETARÍA GENERAL

DIRECTOR DE PROGRAMA

No. S1776

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) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1101321027 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

|                          |                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO                 | 1471 de 2022                                                            |
| OBJETO                   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVO |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 34.767.000                                                           |
| FECHA DE INICIO          | 2022-01-28                                                              |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 2022-10-31                                                              |
| PERFIL                   | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO II                                           |

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Implementar el programa de tecnovigilancia a nivel de la Subred
- 2. Realizar capacitaciones y acompañamiento con el personal de la Subred relacionadas con el tecnovigilancia
- 3. Reportar ante el INVIMA los posibles eventos adversos asociados al uso de tecnología y dispositivos médicos
- 4. Realizar actividades para eleje de acreditacion gestion Tecnologia.
- 5. Elaborar el analisis y generar los planes de mejoramiento que se generan de los posibles eventos adversos asociados al uso de al Tecnologia y Dispositivos médicos
- 6. Presentar infomres de todas las actividades asignadas.
- 7. Apoyar las actividades del Sitema Unico de Habilitacion para el estandar de Dotacion.
- 8. Las demas actividades que le sean asignadas en desarrollo y cumplimiento del objeto contractual.

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 20 días del mes de Noviembre de 2025.



KAREN DAHIANA FAJARDO JIMENEZ  
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

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) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1101321027 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

|                          |                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO                 | 7852 de 2022                                                            |
| OBJETO                   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVO |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 13.440.000                                                           |
| FECHA DE INICIO          | 2022-11-04                                                              |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 2023-01-31                                                              |
| PERFIL                   | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VI                                           |

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- Apoyar las actividades tendientes al mantenimiento del Sistema Unico de habilitacion.
- Realizar las actividades requeridas para el desarrollo de las autoevaluaciones de habilitacion acorde a la programacion establecida, segun indicaciones del Lider de la linea de habilitacion
- Realizar los informes de resultados de la aplicacion de los instrumentos para la autoevaluacion de estandares del Sistema Unico de Habilitacion.
- Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los hallazgos en las visitas de verificacion de cumplimiento de estandares de habilitacion.
- apoyar en lo conserniente a la asesoria y conceptos en los servicios en cuanto a cumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema Unico de Habilitacion.
- Las demas actividades que le sean asignadas en desarrollo y cumplimiento del objeto contractual.

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 20 días del mes de Noviembre de 2025.



KAREN DAHIANA FAJARDO JIMENEZ  
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

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) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1101321027 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

|                          |                                                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO                 | 3459 de 2023                                                          |
| OBJETO                   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION ADMISTRATIVO |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 23.520.000                                                         |
| FECHA DE INICIO          | 2023-02-01                                                            |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 2023-06-30                                                            |
| PERFIL                   | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VI                                         |

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Apoyar las actividades tendientes al mantenimiento del Sistema unico de habilitacion.
- 2. Realizar las actividades requeridas para el desarrollo de las autoevaluaciones de habilitacion acorde a la programacion establecida, segun indicaciones del Lider de la linea de habilitacion.
- 3. Realizar los informes de resultados de la aplicacion de los instrumentos para la autoevaluacion de estandares del Sistema unico de Habilitacion.
- 4. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los hallazgos en las visitas de verificacion de cumplimiento de estandares de habilitacion.
- 5. apoyar en lo concerniente a la asesoria y conceptos en los servicios en cuanto a cumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema unico de Habilitacion.
- 6. Realizar acompañamientos a las visitas internas SOGC y auditorios EAPB, cada vez que se requiera.
- 7. Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institucion.

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 20 días del mes de Noviembre de 2025.



KAREN DAHIANA FAJARDO JIMENEZ  
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

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) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1101321027 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

|                          |                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO                 | 6784 de 2023                                                            |
| OBJETO                   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVO |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 32.928.000                                                           |
| FECHA DE INICIO          | 2023-08-04                                                              |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 2024-01-31                                                              |
| PERFIL                   | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VI                                           |

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- Apoyar las actividades tendientes al mantenimiento del Sistema unico de habilitacion,
- Realizar las actividades requeridas para el desarrollo de las autoevaluaciones de habilitación acorde a la programación establecida, según indicaciones del Líder de la línea de habilitación,
- Realizar los informes de resultados de la aplicación de los instrumentos para la autoevaluación de estándares del Sistema único de Habilitación
- Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los hallazgos en las visitas de verificación de cumplimiento de estándares de habilitación,
- apoyar en lo concerniente a la asesoría y conceptos en los servicios en cuanto a cumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema único de Habilitación
- Realizar acompañamientos a las visitas internas SOGC y auditorios EAPB, cada vez que se requiera
- Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institución.

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 20 días del mes de Noviembre de 2025.



KAREN DAHIANA FAJARDO JIMENEZ  
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

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) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1101321027 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

|                          |                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO                 | 3685 de 2024                                                            |
| OBJETO                   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 32.614.400                                                           |
| FECHA DE INICIO          | 2024-02-01                                                              |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 2024-12-31                                                              |
| PERFIL                   | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VI                                           |

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Apoyar las actividades tendientes al mantenimiento del Sistema unico de habilitacion,
- 2. Realizar las actividades requeridas para el desarrollo de las autoevaluaciones de habilitacion acorde a la programacion establecida, segun indicaciones del Lider de la linea de habilitacion,
- 3. Realizar los informes de resultados de la aplicacion de los instrumentos para la autoevaluacion de estandares del Sistema unico de Habilitacion.
- 4. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los hallazgos en las visitas de verificacion de cumplimiento de estandares de habilitacion,
- 5. apoyar en lo concerniente a la asesoria y conceptos en los servicios en cuanto a cumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema unico de Habilitacion.
- 6. Realizar acompañamientos a las visitas internas SOGC y auditorios EAPB, cada vez que se requiera,
- 7. Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institucion.

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 20 días del mes de Noviembre de 2025.



KAREN DAHIANA FAJARDO JIMENEZ  
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., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1101321027 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

|                          |                                                                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO                 | 2334 de 2025                                                                                |
| OBJETO                   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL VI EN LA OFICINA DE CALIDAD – SUBPROCESO DE HABILITACION |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 54.409.600                                                                               |
| FECHA DE INICIO          | 2025-01-14                                                                                  |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 2025-12-31                                                                                  |
| PERFIL                   | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VI                                                               |

### OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Apoyar las actividades tendientes al mantenimiento del Sistema único de habilitación.
- 2. Realizar las actividades requeridas para el desarrollo de las autoevaluaciones de habilitación acorde a la programación establecida, según indicaciones del Líder de la línea de habilitación.
- 3. Realizar los informes de resultados de la aplicación de los instrumentos para la autoevaluación de estándares del Sistema único de Habilitación.
- 4. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los hallazgos en las visitas de verificación de cumplimiento de estándares de habilitación.
- 5. apoyar en lo concerniente a la asesoría y conceptos en los servicios en cuanto a cumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema único de Habilitación.
- 6. Realizar acompañamientos a las visitas internas SOGC y auditorios EAPB, cada vez que se requiera,
- 7. Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institución"

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 20 días del mes de Noviembre de 2025.

  
**KAREN DAHIANA FAJARDO JIMENEZ**  
 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

***DISPOBIOMEDICOS SAS***

***Soporte y Suministro de Dispositivos Biomédicos SAS***

***Nit.900647483-6 Régimen Común***

---

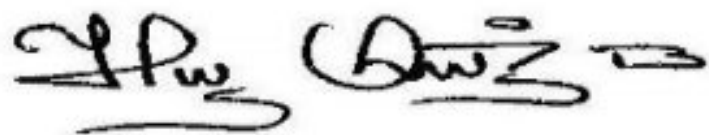
A quien corresponda.

**CERTIFICAMOS**

Que la ingeniera Mayra Alejandra Velásquez Vásquez, identificado con cedula de ciudadanía número 1.101.321.027. Trabajó con nosotros desde 01-10-2021 hasta 28-01-2022 mediante contrato de prestación de servicios Prestando servicios de Ingeniería Biomédica siendo una persona responsable y caracterizándose por presentar un servicio de alta calidad, en áreas de cirugía, Urgencias, Hospitalización, Odontología, consulta externa y demás servicios de la ESE Hospital San Martín de Porres de Chocontá Cundinamarca y en la empresa Dispobiomedicos SAS.

La presente se expide a solicitud del interesado en Bogotá a los 24 días del octubre de 2022.

Atentamente,



**HUGO QUIROGA**

*Gerente.*

---

**CRA 70 D No. 98 A 05 CEL: 310 5617536 Bogotá, Colombia**

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

**CERTIFICA:**

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; con documento de identidad No, 1101321027 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

| # | Año  | Contrato  | Perfil                            | Fecha Inicial | Fecha Final | Valor     | Unidad                                                   |
|---|------|-----------|-----------------------------------|---------------|-------------|-----------|----------------------------------------------------------|
| 1 | 2019 | 6887-2019 | APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I | 1/11/2019     | 31/01/2020  | \$3000000 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE |
| 2 | 2020 | 3763-2020 | APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I | 01/02/2020    | 31/01/2021  | \$3114000 | SUBRED                                                   |
| 3 | 2021 | 1064-2021 | APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I | 01/02/2021    | 30/09/2021  | \$3222990 | SUBRED                                                   |

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

**APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I**

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2021, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,



**MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES**  
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN  
SUBGERENCIA CORPORATIVA

**Fusagasugá, 31 de octubre de 2019**

**CERTIFICA**

Por medio de la presente estamos informando que la señora **Mayra Alejandra Velásquez Vásquez** identificada con CC. No 1.101.321.027 de Simacota-Santander, labará en nuestra empresa como Ingeniero Biomédico, desde el 01 de septiembre del 2018 hasta el 31 de octubre del 2019. Realizando las actividades que se describen a continuación: Administración y coordinación de los mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos médicos, apoyo al programa de tecnovigilancia y la gestión técnica de la tecnología, actualización y elaboración de hojas de vida, inventarios, cronogramas de mantenimiento de los equipos, seguimiento a proveedores, cotizaciones, capacitaciones al personal asistencial en el manejo de los equipos, ejecución de mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos médicos en la sede central y puesto de salud de la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá.

Para constancia se firma a solicitud de interesado a los 21 días del mes de Octubre del 2019.

Atentamente,



**HUGO QUIROGA**  
Gerente.

Nombre:  
**MAYRA ALEJANDRA  
VELASQUEZ VASQUEZ**

Identificación:  
**C.C. 1101321027**

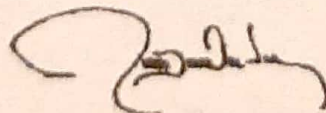
Profesión:  
**INGENIERO BIOMEDICO**

Institución:  
**UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN  
UMB SECC. BUCARAMANGA**



19004440118

Este es un documento público expedido en virtud de la Ley 842 de 2003,  
que autoriza al titular a ejercer como Ingeniero en el Territorio Nacional.



DIRECTOR GENERAL

En caso de extravío debe ser remitida al COPNIA. Calle 78 No. 9-57 primer piso  
Línea Nacional: 01 8000 116590

# CONSULTA DE COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN BANCO DE HOJAS DE VIDA BOGOTÁ D.C.

**NÚMERO INSCRIPCIÓN: 679967**

[Descargar registro aquí](#)

## 1. Datos personales

|                                                              |                                                           |                                           |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Primer nombre</b><br>MAYRA                                | <b>Otros nombres</b><br>ALEJANDRA                         | <b>Primer apellido</b><br>VELÁSQUEZ       |
| <b>Segundo apellido</b><br>VÁSQUEZ                           | <b>Fecha de Nacimiento</b><br>09/10/1992                  | <b>Teléfono de contacto</b><br>3212027501 |
| <b>Correo electrónico personal</b><br>alejandra09v@gmail.com | <b>Dirección de residencia</b><br>CALLE 60 SUR #<br>70-90 |                                           |

## 2. Formación Académica

### Lista de estudios

| Nivel educativo | Título académico     | Graduado | Semestres cursados |
|-----------------|----------------------|----------|--------------------|
| Universitaria   | INGENIERÍA BIOMÉDICA | Si       |                    |

### Otros estudios



| Nombre curso                                                                                         | Graduado | Horas |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|
| DIPLOMADO DE INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y ESTANDARES DE ACREDITACIÓN | Si       | 120   |
| SISTEMA DE VIGILANCIA POSMERCADO DE DM                                                               | Si       | 12    |
| CURSO VIRTUAL: THE FUTURE OF PATIENT MONITOR TEST                                                    | Si       | 5     |
| BIOSEGURIDAD                                                                                         | Si       | 30    |
| DIPLOMADO: HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON ÉNFASIS EN UNA GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA  | Si       | 120   |

Estimado (a) Ciudadano (a) este comprobante únicamente certifica el registro de su perfil laboral o profesional en el Banco de Hojas de Vida de Bogotá, D.C; como usuario (a) lo hace responsable de la veracidad, actualización, consolidación, complementación y afirmaciones propias que reposan en su hoja de vida y por las consecuencias de incluir o colocar dicha información en el aplicativo. Este comprobante de registro no es garantía expresa ni implícita de otorgar un contrato con organismos o entidades distritales a quien haga uso de este repositorio.

[Volver](#)[Regresar](#)

A-

A+



Servicio Civil Distrital.  
Todos los derechos reservados.



A-

A+



Bogotá D.C 1 de Enero 2026

Señores

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

Ciudad,

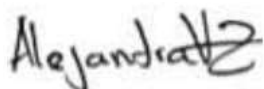
ASUNTO: **OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como **PROFESIONAL ESPECIALIZADO - INGENIERA BIOMEDICA**, 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 PALANCA<sup>1</sup>, SIDEAP<sup>2</sup>, SECOP II<sup>3</sup> y ReTHUS<sup>4</sup> (En el evento de ser requerido para personas que presten servicios de salud).

Atentamente,



---

**FIRMA**

**NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS:** Mayra Alejandra Velásquez Vásquez

**NÚMERO DE CÉDULA:** 1101321027

**DIRECCIÓN:** Cra 65 #59 Sur-35, Bogotá

**TELÉFONO:** 3212027501

**CORREO ELECTRÓNICO:** Alejandra09v@gmail.com

---

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.



## INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS

**CO-OPS-FT-28 V4**

TIPO DE DOCUMENTO CC X CE        PPT       

**NÚMERO DE DOCUMENTO:** 1101321027      **FECHA DE NACIMIENTO:** 09-10-1992

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** Cra 65 #59 Sur-35, Bogotá

LOCALIDAD: CIUDAD BOLIVAR\_\_\_\_\_

TELÉFONO FIJO: NO APLICA N° CELULAR: 3212027501

**CORREO ELECTRÓNICO: ALEJANDRA09VVV@GMAIL.COM**

EPS: SANITAS FONDO DE PENSIONES COLPENSIONES ARL SURA

**USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE:**    SI            NO X

**ESTADO CIVIL:** CASADO                      SOLTERO                      UNIÓN MARITAL DE HECHO    X

**MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA:** SI NO X

**CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE** **1**

**CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE** \_\_\_\_\_ **NA.** \_\_\_\_\_

**USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD:** SI NO ☒ ¿CUÁL?

**PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA AFRODESCENDIENTE**

OTRO ¿CUÁL? N O

**USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI NO X**

¿CUÁL ENTIDAD?

**USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI \_ NO X**

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

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

OTRO, ¿CUÁL? NA

**EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: ANDRES MAURICIO QUINTERO MEJIA**

NUMERO DE CONTACTO: 3108554421

Alexandra VZ

Mayra Alejandra Velásquez

**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<br>VELÁSQUEZ                                                                                                             | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>VÁSQUEZ                          | NOMBRES<br>MAYRA ALEJANDRA                                                                                                                                       |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1101321027 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                            |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                       |                                                                    |                                                                                                                                                                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 9 MES OCT AÑO 1992<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Santander<br>CIUDAD Chima                          |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>calle 60 sur #70-90<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3212027501<br>EMAIL alejandra09v@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 BASICA |     |     |     |     |            |     |     |     |       |      | TITULO      Bachiller Tecnico con especialidad en |           |  |     |      |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|---------------------------------------------------|-----------|--|-----|------|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |      | FECHA DE GRADO                                    |           |  |     |      |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°.  | 11°. | MES                                               | DICIEMBRE |  | AÑO | 2011 |

### 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     | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS |  | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA |
|---------------|---------------|----------|------------------------|--|-------------|------|----------------|
| ACADÉMICA     | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO      |  | MES         | AÑO  | PROFESIONAL    |
| Universitaria | 10            | X        | INGENIERIA BIOMEDICA   |  | 8           | 2018 | 68244-410260   |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                     | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN            |  | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------|-------|
| DIPLOMADO: HABILITACIÓN DE SERVICIOS | EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDISAJE |  | 2021            | 120   |
| BIOSEGURIDAD                         | Secretaria de Salud                 |  | 2020            | 30    |

Firma electronica validador: null

424614

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

Página 1 de 5



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                                   | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN    | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| Curso virtual: The Future of Patient Monitor Test  | Fluke Biomedical            | 2020            | 5     |
| Sistema de Vigilancia Posmercado de dispositivos   | INVIMA                      | 2019            | 12    |
| Gestión Metrologica Basada en ISO 10012:2003       | Celsius                     | 2018            | 8     |
| Jornada de Seguridad del Paciente                  | Roosevelt                   | 2018            | 8     |
| Integración de Sistemas de Seguridad y Salud en el | Universidad Manuela Beltran | 2017            | 120   |
| Jornada de Capacitación en Sistema General de      | Universidad de Santander    | 2016            | 5     |
| Seminario Internacional de Ingeniería Biomédica    | Universidad Manuela Beltran | 2014            | 8     |
| II Seminario de Actualización en Ingeniería        | Universidad Manuela Beltran | 2013            | 16    |

## 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 |
| alemán | X        |   |    | X      |   |    | X          |   |    |

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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |  |                                           |  | PÚBLICA<br>X |  | PRIVADA                                                              |  | PAÍS<br>Colombia |  |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            |  | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  |  |              |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>habilitacion1.calidad@subredsur.gov.co |  |                  |  |
| TELÉFONOS<br>3002139883                                                |  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 4 MES 11 AÑO 2022 |  |              |  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 12 AÑO 2024                            |  |                  |  |
| CARGO O CONTRATO<br>Profesional Administrativo                         |  | DEPENDENCIA<br>Calidad                    |  |              |  | DIRECCIÓN<br>24C No 54-47 SUR                                        |  |                  |  |

Firma electronica validador: null

424614

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

Página 2 de 5



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |                                           | PÚBLICA<br>X | PRIVADA                                                     | PAÍS<br>Colombia |  |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  |              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>jefe.calidad@subredsur.gov.co |                  |  |
| TELÉFONOS<br>7300000                                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 29 MES 1 AÑO 2022 |              | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 25 MES 10 AÑO 2022                   |                  |  |
| CARGO O CONTRATO<br>Referente de Tecnovigilancia                       | DEPENDENCIA<br>Calidad                    |              | DIRECCIÓN<br>Cl. 48b Sur #28-80, Bogotá                     |                  |  |

| EMPLEO O CONTRATO                       |                                           |         |                                                   |                  |  |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------|------------------|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Dispobiomédicos    |                                           | PÚBLICA | PRIVADA<br>X                                      | PAÍS<br>Colombia |  |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca            | MUNICIPIO<br>Chocontá                     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>hugoq87@hotmail.com |                  |  |
| TELÉFONOS<br>3105617536                 | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 10 AÑO 2021 |         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 28 MES 1 AÑO 2022          |                  |  |
| CARGO O CONTRATO<br>Ingeniero Biomédico | DEPENDENCIA<br>Propiedad planta y equipo  |         | DIRECCIÓN<br>Cra. 4 #13-554                       |                  |  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                                |                                           |              |                                                            |                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------|------------------|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |                                           | PÚBLICA<br>X | PRIVADA                                                    | PAÍS<br>Colombia |  |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  |              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>contactenos@subredsur.gov.co |                  |  |
| TELÉFONOS<br>13753569                                                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 11 AÑO 2019 |              | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 9 AÑO 2021                   |                  |  |
| CARGO O CONTRATO<br>Ingeniero Biomedico                                          | DEPENDENCIA<br>Ingenieria biomedica       |              | DIRECCIÓN<br>Cl. 9 #40-38                                  |                  |  |

Firma electronica validador: null

424614

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

Página 3 de 5



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



## 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<br>Dispobiomedicos    |  |                                           |  | PÚBLICA |  | PRIVADA<br>X                                      |  | PAÍS<br>Colombia |  |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca            |  | MUNICIPIO<br>Fusagasugá                   |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>hugoq87@hotmail.com |  |                  |  |
| TELÉFONOS<br>3105617536                 |  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 10 MES 9 AÑO 2018 |  |         |  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 10 AÑO 2019         |  |                  |  |
| CARGO O CONTRATO<br>Ingeniero Biomedico |  | DEPENDENCIA<br>Propiedad planta y equipo  |  |         |  | DIRECCIÓN<br>Diagonal 23 12 - 64                  |  |                  |  |

## 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                     | 5     |
| Pública   | 4                     | 9     |
| Total     | 6                     | 3     |

Firma electronica validador: null

424614

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

Página 4 de 5



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



5

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 20/11/2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Alejandro

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

ENTIDAD RECEPTORA

El futuro  
es de todosGobierno  
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural  
(LEY 190 DE 1995)Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur E.S.E.

Última Actualización: 20-nov-2025

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MAYRA ALEJANDRA VELÁSQUEZ VÁSQUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1101321027 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección calle 60 sur #70-90

Teléfonos 3212027501 3212027501

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS   | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|-----------------------|------------------------|------------|
| salome quintero mejia | 1023424636             | Hijo(a)    |

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☐PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

| CONCEPTO                            | VALOR            |
|-------------------------------------|------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | \$ 0,00          |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00          |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00          |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00          |
| HONORARIOS                          | \$ 56.448.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00          |
| TOTAL                               | \$ 56.448.000,00 |

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 |
|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| Banco Davivienda   | Cuenta de ahorros | 570462370067789     | bogotá            | \$ 700.000,00      |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR   |
|--------------|-------------------------|---------|
|              |                         | \$ 0,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR   |
|-------------------|----------|---------|
|                   |          | \$ 0,00 |

# FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia

## DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural  
(LEY 190 DE 1995)

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



Última Actualización: 20-nov-2025

### 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. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> |                  |

### 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

### 3. FIRMA

Alejandra V

Firma electrónica:

MAYRA ALEJANDRA VELÁSQUEZ VÁSQUEZ 20/11/2025 16:23:

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 20-nov-2025

CIUDAD Y FECHA

## FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

### DATOS PERSONALES

|                    |                                                   |
|--------------------|---------------------------------------------------|
| Nombre:            | MAYRA ALEJANDRA VELÁSQUEZ VÁSQUEZ                 |
| Identificación:    | 1101321027                                        |
| Entidad:           | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |
| Cargo:             | Contratista                                       |
| Correo:            | alejandra09v@gmail.com                            |
| Tipo declaración:  | Para actualizar durante la ejecución del contrato |
| Fecha Declaración: | 20/11/25                                          |

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 actualizar durante la ejecución del contrato

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"> <li>• C.P.C, art. 126.</li> <li>• Ley 1437 de 2011, art.11.</li> <li>• Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art 141, num.1.</li> </ul> |
| 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"> <li>• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 2.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.</li> </ul> |
| 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"> <li>• Ley 1437 de 2011, art.11 núm. 11.</li> <li>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 12.</li> </ul>                                                                                               |
| 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"> <li>Ley 1952 de 2019, art. 140, núm. 2.</li> </ul>                   |
| 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"> <li>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 3.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.</li> </ul> |
| 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"> <li>• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 12.</li> <li>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7.</li> </ul> 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"> <li>• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 8.</li> <li>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art. 141, numeral 9.</li> </ul>                                                                           |
| 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"> <li>• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 3.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 4.</li> </ul> |
| 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"> <li>• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10.</li> <li>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.</li> </ul>                 |
| 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"> <li>• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10.</li> <li>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.</li> </ul>                                             |
| 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"> <li>• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 13.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 14.</li> </ul>                               |
| 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"> <li>• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 6.</li> <li>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 7.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 |
| 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"> <li>• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 7.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 8.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 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"> <li>• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 9.</li> <li>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 10.</li> </ul>                                                                                                            |
| 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"> <li>Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 16.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 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"> <li>Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 14.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                          |
| 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"> <li>Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 15.</li> </ul>                                                                                                                                 |
| 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"> <li>• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 4.</li> <li>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 5.</li> </ul>                                                                                  |
| 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"> <li>Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 1 y 4.</li> </ul>                                                                                                                                                        |
| 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"> <li>Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                |
| INCURSO EN LA CAUSAL                            | No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

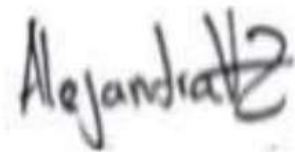
|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"> <li>Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 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"> <li>Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.</li> </ul>                                                                                       |
| 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"> <li>Decreto Ley 760 de 2005, art. 38.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 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:

MAYRA ALEJANDRA VELÁSQUEZ VÁSQUEZ 20/11/2025 16:26:42

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

NOMBRE: MAYRA ALEJANDRA VELÁSQUEZ VÁSQUEZ

CC: 1101321027

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: d01710e64491cdab2e135ad789261bc1a4a592ede7b75264830131fa4d49f065

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 prestacion de servicios de salud.

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccón 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 satisfacion 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 prevensión y control de fraudes, la seleccón de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi 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 capitulo 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 mi.

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 administracion 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                              | 1/01/2026       | DEPARTAMENTO | BOGOTÁ_D.C. | CIUDAD | BOGOTÁ_D.C. |
| TIPO DE VINCULACION CON LA ENTIDAD | CONTRATISTA OPS | CUAL?        | N/A         | N/A    |             |

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

|                        |                             |                     |                    |                          |                     |
|------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|
| PRIMER APELLIDO        | VELASQUEZ                   | PRIMER NOMBRE       | MAYRA              |                          |                     |
| SEGUNDO APELLIDO:      | VASQUEZ                     | SEGUNDO NOMBRE      | ALEJANDRA          |                          |                     |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CEDULA DE CIUDADANIA        | No IDENTIFICACIÓN   | 1101321027         |                          |                     |
| LUGAR DE EXPEDICION    | BOGOTA                      | FECHA DE EXPEDICION | 30/08/2011         |                          |                     |
| FECHA DE NACIMIENTO    | 9/11/1992                   | PAIS DE NACIMIENTO  | COLOMBIA           |                          |                     |
| NACIONALIDAD 1         | COLOMBIANA                  | NACIONALIDAD 2      | N/A                | ES RESIDENTE EN COLOMBIA | SI                  |
| DIRECCION RESIDENCIA   | Trv. 65 # 59 35 sur, Bogotá |                     | PAIS DE RESIDENCIA | COLOMBIA                 |                     |
| TIPO DE VIVIENDA       | ARRENDADA                   | TELEFONO CELULAR 1  | 3212027501         | TELÉFONO FIJO            | N/A                 |
| CORREO ELECTRÓNICO     | ALEJANDRA09VVV@GMAIL.COM    |                     |                    | ESTADO CIVIL             | SOLTERO (A)         |
| NIVEL DE ESTUDIOS      | BACHILLER                   | OTRO - CUAL?        | N/A                | PROFESIÓN / OFICIO       | INGENIERA BIOMEDICA |

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 |

Página: 1 de 2

2025-07-17

3. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL

N/A

NIT

N/A

CORREO ELECTRÓNICO

N/A

TIPO DE SOCIEDAD:

N/A

TIPO DE EMPRESA:

PRIVADA

N/A

PUBLICA

N/A

MIXTA

N/A

SIN ANIMO DE LUCRO

N/A

ACTIVIDAD ECONOMICA

SALUD

SI SELECCIONO OTRO - INDICAR CUAL

N/A

CODIGO CIU (PRINCIPAL)

8211

Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina

CODIGO CIU (SECUNDARIO)

9521

Mantenimiento y reparación de aparatos electrónicos de consumo

DECLARA RENTA

SI

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

CC

N/A

CE

N/A

PEP

N/A

PN

N/A

N° IDENTIFICACIÓN

N/A

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO

DIRECCIÓN

TELÉFONO

CIUDAD

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 vinculo con una persona expuesta publicamente (PEP)? Reportar vinculos con: Primer y segundo grado de consaguinidad: padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: cónyuge, suegros, yernos o nueras y/o primer grado civil: hijos adoptivos o padres adoptantes.

NO APLICA

En caso afirmativo diligencie los siguientes datos:

Vinculo o relación

Tipo de documento

Numero de documento

Nombre Completo

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

FECHA DE CORTE

31/12/2025

TOTAL ACTIVOS

\$ 100.000,00

TOTAL PASIVOS

\$ 60.000.000,00

TOTAL PATRIMONIO

\$ -

INGRESOS MENSUALES

\$ 4.740.000,00

OTROS INGRESOS MENSUALES

N/A

TOTAL INGRESOS MENSUALES

\$ 4.740.000,00

TOTAL EGRESOS MENSUALES

\$ 4.640.000,00

CONCEPTO OTROS INGRESOS

N/A

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

NO

CUAL

N/A

POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR

NO

En caso afirmativo diligenciar los siguientes datos

PRODUCTO

NUMERO PRODUCTO

ENTIDAD

MONEDA

ENTIDAD

CIUDAD

PAIS

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 AUTOGRAFA O ESCANEADA Y PONER HUELLA

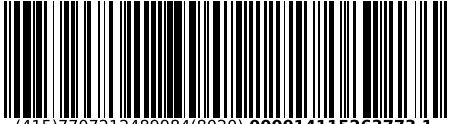
Firma

Huella Indice Derecho

Página: 2 de 2

2025-07-17

www.copnia.gov.co

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------|--|
| DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                 | Formulario del Registro Único Tributario          |                                                 |                                                                                                                                                            |            | 001                            |  |
| 2. Concepto 02 Actualización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                                   |                                                 | 4. Número de formulario 141152637731                                                                                                                       |            |                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                                   |                                                 | <br>(415)7707212489984(8020) 000014115263773 1                           |            |                                |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)<br>1 1 0 1 3 2 1 0 2 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 | 6. DV<br>3                                        |                                                 | 12. Dirección seccional<br>Impuestos de Bogotá                                                                                                             |            | 14. Buzón electrónico<br>3 2   |  |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
| 24. Tipo de contribuyente<br>Persona natural o sucesión ilíquida 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 | 25. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadanía 1 3 |                                                 | 26. Número de Identificación<br>1 1 0 1 3 2 1 0 2 7                                                                                                        |            |                                |  |
| Lugar de expedición 28. País<br>COLOMBIA 1 6 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 | 29. Departamento<br>Santander 6 8                 |                                                 | 30. Ciudad/Municipio<br>Simacota 7 4 5                                                                                                                     |            |                                |  |
| 31. Primer apellido<br>VELASQUEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 | 32. Segundo apellido<br>VASQUEZ                   |                                                 | 33. Primer nombre<br>MAYRA                                                                                                                                 |            | 34. Otros nombres<br>ALEJANDRA |  |
| 35. Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
| 36. Nombre comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
| 37. Sigla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
| UBICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
| 38. País<br>COLOMBIA 1 6 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 | 39. Departamento<br>Bogotá D.C. 1 1               |                                                 | 40. Ciudad/Municipio<br>Bogotá, D.C. 0 0 1                                                                                                                 |            |                                |  |
| 41. Dirección principal<br>CL 60 SUR 70 90                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
| 42. Correo electrónico<br>alejandra09v@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
| 43. Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                 |                                                   |                                                 | 44. Teléfono 1<br>3 2 1 2 0 2 7 5 0 1                                                                                                                      |            | 45. Teléfono 2                 |  |
| CLASIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                                   |                                                 | Ocupación                                                                                                                                                  |            |                                |  |
| Actividad principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 | Actividad secundaria                              |                                                 | Otras actividades                                                                                                                                          |            | 52. Número establecimientos    |  |
| 46. Código<br>9 5 2 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 47. Fecha inicio actividad<br>2 0 1 9, 1 0, 1 8 | 48. Código<br>8 2 1 1                             | 49. Fecha inicio actividad<br>2 0 1 9, 1 0, 1 8 | 50. Código<br>1 2                                                                                                                                          | 51. Código |                                |  |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
| 53. Código<br>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<br>05- Impto. renta y compl. régimen ordinario<br>49 - No responsable de IVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
| Usuarios aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                                   |                                                 | Exportadores                                                                                                                                               |            |                                |  |
| 54. Código<br>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>11 12 13 14 15 16 17 18 19 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                                   |                                                 | 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3<br>57. Modo<br>58. CPC                                                                                                   |            |                                |  |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
| Para uso exclusivo de la DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                                   |                                                 |                                                                                                                                                            |            |                                |  |
| 59. Anexos SI NO X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                                   |                                                 | 60. No. de Folios: 0                                                                                                                                       |            |                                |  |
| 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.<br>Firma del solicitante: |                                                 |                                                   |                                                 | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.<br>Firma autorizada:<br>984. Nombre VELASQUEZ VASQUEZ MAYRA ALEJANDRA<br>985. Cargo CONTRIBUYENTE |            |                                |  |



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

Fecha:20/11/2025

CONTRIBUYENTE

C.C. 1101321027

MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 109A 151 09      Teléfonos: 3212027501  
Dirección electrónica: alejandra09v@gmail.com      Ciudad: BOGOTÁ DC      Municipio: BOGOTÁ, D.C.  
Fecha de Inscripción: 22/10/2019      Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL      Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA      Fecha desde: 08/10/2018  
Matrícula Mercantil:NO      Fecha inicio de Actividades: 08/10/2018      Fecha de cese de Actividades: NO      No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8211 - Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina  
Actividad 2: 9521 - Mantenimiento y reparación de aparatos electrónicos de consumo  
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

**CERTIFICADO LABORAL**

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 10/09/2024 11:22:08

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ

C.C 1101321027

EDAD 31 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR INGENIERA BIOMEDICA



**EXÁMENES PRACTICADOS**

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☒

Optometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio

SI ☐ NO ☒

Glic ☐

Col ☐

Triglic ☐ Otros ☐

¿Cuáles?

Énfasis Osteomuscular ☒

Otros ☐

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

**RESTRICCIONES**

NINGUNA

**RECOMENDACIONES**

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ /USO DE LENTES PARA LABORAR

CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Alejandra

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Anderson Y. Gómez A.  
Medico Especialista en Salud  
Ocupacional y Riesgos Laborales  
Res.4451 C.C 80.796.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Doc. Identidad **CC 1101321027** Nombre **MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ** Fecha Nacimiento: **09/10/1992**  
Entidad **PARTICULAR** Edad **31 años** Ocupación **INGENIERA BIOMEDICA**  
H.C No Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Caso Ocupacional ☐ Reubicación ☐  
Post incapacidad ☐ Trabajo en alturas ☐ Control ☐ Ingreso al SVE ☐  
Empresa **EXM OCUPACIONAL-VISIOMETRIA** Cargo **INGENIERA BIOMEDICA** Antigüedad del cargo  
Fondo de Pensión EPS E.P.S. SANITAS S.A. ARL

**ANAMNESIS**  
Último Examen Visual **2 A** Usa anteojos: SI ☐ NO ☒ VL ☐ VP ☐ PC ☐ Bifocal ☐  
Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☐ Frecuencia de uso: Permanente ☐ Ocasional ☐  
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI ☐ NO ☐ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual?  
Accidentes oculares SI ☐ NO ☐ Cual?  
Signos y síntomas: Asintomático ☐ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐  
Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de renglón ☐  
Antecedentes personales y/o familiares

| AGUDEZA VISUAL |       |       |    |       |       | LENSOMETRIA |     |     |     |
|----------------|-------|-------|----|-------|-------|-------------|-----|-----|-----|
| CC             | VL    | VP    | SC | VL    | VP    | ESF         | CIL | EJE | ADD |
| OD             | 20/20 | 20/20 |    | 20/40 | 20/20 | OD          |     | •   |     |
| OI             | 20/20 | 20/20 |    | 20/40 | 20/20 | OI          |     | •   |     |
| AO             |       |       |    |       |       |             |     |     |     |

| EXAMEN EXTERNO        |                       |                       |                       | OD                    | OI                    |                       |                       |            |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|-----------------------|
| Segmento Anterior:    | Hiperemia conjuntival | <input type="radio"/> | Pterigio N            | <input type="radio"/> | Segmento Anterior:    | Hiperemia conjuntival | <input type="radio"/> | Pterigio N | <input type="radio"/> |
| Pterigio T            | <input type="radio"/> | Pingücula             | <input type="radio"/> | Nevus                 | <input type="radio"/> | Pterigio T            | <input type="radio"/> | Pingücula  | <input type="radio"/> |
| Blefaritis seborreica | <input type="radio"/> | Secreción             | <input type="radio"/> | Leucoma Corneal       | <input type="radio"/> | Blefaritis seborreica | <input type="radio"/> | Secreción  | <input type="radio"/> |
| Ptois palpebral       | <input type="radio"/> | Otros:                |                       |                       |                       | Ptois palpebral       | <input type="radio"/> | Otros:     |                       |

| MOTILIDAD OCULAR |             |                    |  | INTERPRETACIÓN                |                       |                       |  |
|------------------|-------------|--------------------|--|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| VL: ORTHO        | VP: X       | HISHBERG: CENTRADO |  | OD                            | OI                    |                       |  |
| Ducciones: N     | Versones: N | PPC: 4 CMS         |  | No requiere corrección óptica | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |

| TEST OCUPACIONALES |                                  |                |                       | OD               | OI                    |
|--------------------|----------------------------------|----------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| Visión cromática   |                                  | Vis. profun.   | Vis. confron.         |                  |                       |
| OD Normal          | <input checked="" type="radio"/> | Discromatopsia | <input type="radio"/> | Ceguera al color | <input type="radio"/> |
| OI Normal          | <input checked="" type="radio"/> | Discromatopsia | <input type="radio"/> | Ceguera al color | <input type="radio"/> |
|                    |                                  | 40 ARCO        |                       |                  |                       |

| IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |  |                                  |                                  | OD | OI |
|-----------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|----|----|
| Emetropía             |  | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |    |    |
| Ametropía             |  | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |    |    |
| Disminución visual    |  | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |    |    |
| Otros:                |  |                                  |                                  |    |    |

| RETINOSCOPIA |          |     |  | RECOMENDACIONES                                                                                           |          |     |  |
|--------------|----------|-----|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|--|
| Refracción:  |          |     |  | Valoración por optometría clínica <input type="radio"/> Valoración por oftalmología <input type="radio"/> |          |     |  |
| Subjetivo:   |          |     |  | Control Visiometría <input checked="" type="radio"/>                                                      |          |     |  |
| Esfera       | Cilindro | Eje |  | Esfera                                                                                                    | Cilindro | Eje |  |
| OD           |          |     |  | OD                                                                                                        |          |     |  |
| OI           |          |     |  | OI                                                                                                        |          |     |  |

| DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad) |              |
|------------------------------------|--------------|
| H522                               | ASTIGMATISMO |
| H505                               | HETEROFORIA  |

| CONCEPTO                       |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Apto     | <input type="radio"/> No Apto |
| <input type="radio"/> Aplazado |                               |
| RECOMENDACIONES                |                               |
| OBSERVACIONES                  |                               |

*Sindy Paola*

*Sindy Paola Rodríguez Suárez*

*CC: 1022340733*

*OPTOMETRISTA*

*UNIVERSIDAD DE LA SALLE*

SINDY PAOLA RODRIGUEZ SUAREZ

Especialidad:

CC: 1022340733 RM.

| Biológico                             | Dosis | Fecha       | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|---------------------------------------|-------|-------------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                   | Única |             |                   |                                    |
| Fiebre Amarilla                       | Única |             |                   |                                    |
| Toxoide Tetánico -<br>Diftrérico (Td) | 1     | 30.09.2023  |                   |                                    |
|                                       | 2     | 23.12.2023  |                   |                                    |
|                                       | 3     | 21 NOV 2025 | 0934X006          | Angie H                            |
|                                       | 4     | 21-11-2026  |                   |                                    |
|                                       | 5     |             |                   |                                    |
| TdaP acelular                         | 1     |             |                   |                                    |
|                                       | 2     |             |                   |                                    |
| Hepatitis B                           | 1     |             |                   |                                    |
|                                       | 2     |             |                   |                                    |
|                                       | 3     |             |                   |                                    |

| Biológico            | Dosis    | Fecha       | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|----------------------|----------|-------------|-------------------|------------------------------------|
| VPH                  | 1        |             |                   |                                    |
|                      | 2        |             |                   |                                    |
| Influenza estacional | Anual    | 21 NOV 2025 | V50505007         | Angie H                            |
|                      | Anual    |             |                   |                                    |
| Covid 19             | 1º       |             |                   |                                    |
|                      | 2º       |             |                   |                                    |
|                      | 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 vacunación  
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.



MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Alejandro**

Apellidos: **Velasquez Vasquez**

Documento  
de identidad: C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐ P.P.T. ☐ D.E. ☐

Número de  
documento: **1101321027**

Fecha de  
nacimiento: Día Mes Año



**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS**

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Mayra Alejandra Velasquez Vasquez, identificado(a) con CC número 1101321027, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

|                                                                                                                                                                                                  |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                  | CC 1101321027                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                                                                                                                                                                              | Mayra Alejandra Velasquez Vasquez     |
| TIPO DE AFILIADO                                                                                                                                                                                 | Titular                               |
| PARENTESCO                                                                                                                                                                                       | Titular                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                              | 07/10/1992                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN                                                                                                                                                                          | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN                                                                                                                                                                       | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS                                                                                                                                                                   | 01/11/2023                            |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS                                                                                                                                                            | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS                                                                                                                                                                 | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS                                                                                                                                                                    | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO                                                                                                                                                                  | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN                                                                                                                                                                                          | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN                                                                                                                                                                   | 01/11/2023                            |
| NIVEL SISBEN                                                                                                                                                                                     | No aplica                             |
| EMPLEADOR(ES)*                                                                                                                                                                                   |                                       |
| CEDULA DE CIUDADANIA 1101321027 MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ Desde 01/03/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1101321027 MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ Desde 01/07/2024 Hasta 28/02/2025 |                                       |

Medellín, 20 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 MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ identificado(a) con C1101321027 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

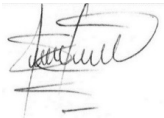
Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11013210272532442329

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1101321027**, se encuentra afiliado/a desde **10/10/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de noviembre de 2025.



**Rosa Mercedes Nino 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.

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos

Volver

Últimas modificaciones

Todos

Selecione

Buscar contrato

Buscar

(Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

| <u><b>Id del contrato</b></u> | <u><b>Número del Contrato</b></u> | <u><b>Entidad Estatal</b></u>                                       | <u><b>Tipo de entidad</b></u> | <u><b>Fecha de firma</b></u>                            | <u><b>Fecha de finalización</b></u>                      | <u><b>Facturación de la entidad</b></u> | <u><b>Valor total de</b></u> |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|
| 5827695                       | 2334-2025                         | <a href="#">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**</a> | Entidad Estatal               | 14/01/2025 8:22:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 31/12/2025 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | MAYRA ALEJANDRA VELÁSQUEZ VÁSQUEZ       | 54                           |
| 4559042                       | 3685-2024                         | <a href="#">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**</a> | Entidad Estatal               | 1/02/2024 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 31/12/2024 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | MAYRA ALEJANDRA VELÁSQUEZ VÁSQUEZ       | 32                           |
| 4107033                       | 6784-2023                         | <a href="#">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**</a> | Entidad Estatal               | 4/08/2023 4:23:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)  | 31/01/2024 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | MAYRA ALEJANDRA VELÁSQUEZ VÁSQUEZ       | 32                           |
| 3441044                       | 3459-2023                         | <a href="#">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**</a> | Entidad Estatal               | 1/02/2023 9:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)  | 31/08/2023 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | MAYRA ALEJANDRA VELÁSQUEZ VÁSQUEZ       | 28                           |
| 3170724                       | 7852-2022                         | <a href="#">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**</a> | Entidad Estatal               | 4/11/2022 8:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)  | 31/01/2023 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | MAYRA ALEJANDRA VELÁSQUEZ VÁSQUEZ       | 13                           |

[Ver más](#)

OPCIONES

VER

HERRAMIENTAS

Últimas modificaciones

Todos

Esperando aprobación

Firmado

Firmado y enviado a la Entidad Estatal

Suspendidos

Cancelados

Cerrados

Firmados y Terminados anormalmente



# Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

**mayra alejandra velasquez vasquez**

C.C 1.101.321.027

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 24 de noviembre 2025

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público



Código: 761613468000

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

Yo, MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1101321027 expedida en la ciudad de SIMACOTA SANTANDER, 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 |
|------------------------------|------------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| NA                           | NA                                       | NA              | NA                    |
|                              |                                          |                 |                       |
|                              |                                          |                 |                       |
|                              |                                          |                 |                       |

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** Mayra Alejandra Velásquez Vásquez

**C.C. No.** 1101321027

**TELEFONO** 3212027501

**DIRECCIÓN** Cra 65 #59 Sur-35, Bogotá

**CORREO** alejandra09vvv@gmail.com



**HUELLA**

|                                                                                   |                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E. S.E |  |
| AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS                                              | CO-OPS-FT-08 V3                                   |  |

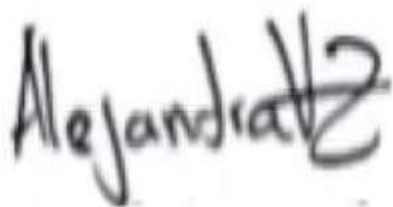
Bogotá D.C Enero de 2026

Señores: UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

Por medio de la presente, yo \_MAYRA ALEJANDRA VELÁSQUEZ VÁSQUEZ, identificado con número de documento\_1101321027\_, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información 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: \_INGENIERA BIOMÉDICA\_\_\_

Cordialmente,



Firma

Nombre MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ

No. Documento: 1101321027

Teléfono: 3212027501



Huella

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

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) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1101321027 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

|                          |                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO                 | 1471 de 2022                                                            |
| OBJETO                   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVO |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 34.767.000                                                           |
| FECHA DE INICIO          | 2022-01-28                                                              |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 2022-10-31                                                              |
| PERFIL                   | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO II                                           |

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Implementar el programa de tecnovigilancia a nivel de la Subred
- 2. Realizar capacitaciones y acompañamiento con el personal de la Subred relacionadas con el tecnovigilancia
- 3. Reportar ante el INVIMA los posibles eventos adversos asociados al uso de tecnología y dispositivos médicos
- 4. Realizar actividades para eleje de acreditacion gestion Tecnologia.
- 5. Elaborar el analisis y generar los planes de mejoramiento que se generan de los posibles eventos adversos asociados al uso de al Tecnologia y Dispositivos médicos
- 6. Presentar infomres de todas las actividades asignadas.
- 7. Apoyar las actividades del Sitema Unico de Habilitacion para el estandar de Dotacion.
- 8. Las demas actividades que le sean asignadas en desarrollo y cumplimiento del objeto contractual.

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 20 días del mes de Noviembre de 2025.



KAREN DAHIANA FAJARDO JIMENEZ  
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

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) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1101321027 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

|                          |                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO                 | 7852 de 2022                                                            |
| OBJETO                   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVO |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 13.440.000                                                           |
| FECHA DE INICIO          | 2022-11-04                                                              |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 2023-01-31                                                              |
| PERFIL                   | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VI                                           |

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- Apoyar las actividades tendientes al mantenimiento del Sistema Unico de habilitacion.
- Realizar las actividades requeridas para el desarrollo de las autoevaluaciones de habilitacion acorde a la programacion establecida, segun indicaciones del Lider de la linea de habilitacion
- Realizar los informes de resultados de la aplicacion de los instrumentos para la autoevaluacion de estandares del Sistema Unico de Habilitacion.
- Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los hallazgos en las visitas de verificacion de cumplimiento de estandares de habilitacion.
- apoyar en lo conserniente a la asesoria y conceptos en los servicios en cuanto a cumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema Unico de Habilitacion.
- Las demas actividades que le sean asignadas en desarrollo y cumplimiento del objeto contractual.

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 20 días del mes de Noviembre de 2025.



KAREN DAHIANA FAJARDO JIMENEZ  
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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>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) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1101321027 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

|                          |                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO                 | 3459 de 2023                                                            |
| OBJETO                   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 23.520.000                                                           |
| FECHA DE INICIO          | 2023-02-01                                                              |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 2023-06-30                                                              |
| PERFIL                   | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VI                                           |

## OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Apoyar las actividades tendientes al mantenimiento del Sistema unico de habilitacion.
- 2. Realizar las actividades requeridas para el desarrollo de las autoevaluaciones de habilitacion acorde a la programacion establecida, segun indicaciones del Lider de la linea de habilitacion.
- 3. Realizar los informes de resultados de la aplicacion de los instrumentos para la autoevaluacion de estandares del Sistema unico de Habilitacion.
- 4. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los hallazgos en las visitas de verificacion de cumplimiento de estandares de habilitacion.
- 5. apoyar en lo concerniente a la asesoria y conceptos en los servicios en cuanto a cumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema unico de Habilitacion.
- 6. Realizar acompañamientos a las visitas internas SOGC y auditorios EAPB, cada vez que se requiera.
- 7. Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institucion.

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 20 días del mes de Noviembre de 2025.

  
 KAREN DAHIANA FAJARDO JIMENEZ  
 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

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) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1101321027 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

|                          |                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO                 | 6784 de 2023                                                            |
| OBJETO                   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVO |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 32.928.000                                                           |
| FECHA DE INICIO          | 2023-08-04                                                              |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 2024-01-31                                                              |
| PERFIL                   | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VI                                           |

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- Apoyar las actividades tendientes al mantenimiento del Sistema unico de habilitacion,
- Realizar las actividades requeridas para el desarrollo de las autoevaluaciones de habilitación acorde a la programación establecida, según indicaciones del Líder de la línea de habilitación,
- Realizar los informes de resultados de la aplicación de los instrumentos para la autoevaluación de estándares del Sistema único de Habilitación
- Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los hallazgos en las visitas de verificación de cumplimiento de estándares de habilitación,
- apoyar en lo concerniente a la asesoría y conceptos en los servicios en cuanto a cumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema único de Habilitación
- Realizar acompañamientos a las visitas internas SOGC y auditorios EAPB, cada vez que se requiera
- Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institución.

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 20 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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>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) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1101321027 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

|                          |                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO                 | 3685 de 2024                                                            |
| OBJETO                   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 32.614.400                                                           |
| FECHA DE INICIO          | 2024-02-01                                                              |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 2024-12-31                                                              |
| PERFIL                   | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VI                                           |

## OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Apoyar las actividades tendientes al mantenimiento del Sistema unico de habilitacion,
- 2. Realizar las actividades requeridas para el desarrollo de las autoevaluaciones de habilitacion acorde a la programacion establecida, segun indicaciones del Lider de la linea de habilitacion,
- 3. Realizar los informes de resultados de la aplicacion de los instrumentos para la autoevaluacion de estandares del Sistema unico de Habilitacion.
- 4. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los hallazgos en las visitas de verificacion de cumplimiento de estandares de habilitacion,
- 5. apoyar en lo concerniente a la asesoria y conceptos en los servicios en cuanto a cumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema unico de Habilitacion.
- 6. Realizar acompañamientos a las visitas internas SOGC y auditorios EAPB, cada vez que se requiera,
- 7. Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institucion.

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 20 días del mes de Noviembre de 2025.

  
 KAREN DAHIANA FAJARDO JIMENEZ  
 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., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1101321027 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

|                          |                                                                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO                 | 2334 de 2025                                                                                |
| OBJETO                   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL VI EN LA OFICINA DE CALIDAD – SUBPROCESO DE HABILITACION |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 54.409.600                                                                               |
| FECHA DE INICIO          | 2025-01-14                                                                                  |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 2025-12-31                                                                                  |
| PERFIL                   | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VI                                                               |

### OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Apoyar las actividades tendientes al mantenimiento del Sistema único de habilitación.
- 2. Realizar las actividades requeridas para el desarrollo de las autoevaluaciones de habilitación acorde a la programación establecida, según indicaciones del Líder de la línea de habilitación.
- 3. Realizar los informes de resultados de la aplicación de los instrumentos para la autoevaluación de estándares del Sistema único de Habilitación.
- 4. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los hallazgos en las visitas de verificación de cumplimiento de estándares de habilitación.
- 5. apoyar en lo concerniente a la asesoría y conceptos en los servicios en cuanto a cumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema único de Habilitación.
- 6. Realizar acompañamientos a las visitas internas SOGC y auditorios EAPB, cada vez que se requiera,
- 7. Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institución"

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 20 días del mes de Noviembre de 2025.

  
**KAREN DAHIANA FAJARDO JIMENEZ**  
 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