	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE		AREA O PROCESO QUE LO GENERA:
	FORMATO	LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y CONTRATACION - PERSONAL ADMINISTRATIVO		GESTION DE TALENTO HUMANO
	CODIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-TH-F-003	1	22/09/2022	1 de 1

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE COMPLETO:	VELSON IVANOV ORTE		D.I:	1070071375	
CARPETA	NO.	DOCUMENTO	PERFIL O AREA: CONDUCTOR.	RESPONSABLE	VERIFICACION SI	VERIFICACION N/A
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL		HOSPITAL		
	2	CDP		HOSPITAL		
	3	ESTUDIOS PREVIOS		HOSPITAL		
	4	INVITACION POSIBLE CONTRATISTA		HOSPITAL		
	5	PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS		CONTRATISTA		
	6	FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR		HOSPITAL		
	7	CERIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA		HOSPITAL		
HOJA DE VIDA	1	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA		HOSPITAL		
	2	FORMATO UNICO HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA		CONTRATISTA	✓	
	3	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		CONTRATISTA	✓	
	4	FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS APLICATIVO LEY 2013 DE 2019: https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2012		CONTRATISTA		PC
	5	FORMULARIO SARLAFT		HOSPITAL Y CONTRATISTA	✓	
	6	CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (No mayor a un mes - persona juridica y natural con establecimiento)		CONTRATISTA		
	7	RUT (Actualizado)		CONTRATISTA	✓	
	8	CERTIFICADO EXPERIENCIA (dos ultimos)		CONTRATISTA	✓	
FORMACION ACADEMICA	1	TARJETA PROFESIONAL		CONTRATISTA		
	2	DIPLOMA POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA		
	3	ACTA DE GRADO POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA		
	4	DIPLOMA PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA		
	5	ACTA DE GRADO PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA		
	6	DIPLOMA DE BACHILLER		CONTRATISTA	✓	
	7	ACTA DE GRADO DE BACHILLER		CONTRATISTA	✓	
	8	FORMATO AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS		HOSPITAL		
	9	VALIDACION DE TITULOS (Respuesta de la Institución)		HOSPITAL		
	10	CONVALIDACION DE TITULOS EN EL EXTERIOR		HOSPITAL		
OTROS TITULOS (Res. 3100)	1	CURSOS, DIPLOMADOS, (Otros estudios anexos a su formación academica)		CONTRATISTA		
ANTECEDENTES (Actuales)	1	CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA		CONTRATISTA	✓	
	2	CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA		CONTRATISTA	✓	
	3	CER. MEDIDAS CORRECTIVAS (Policia)		CONTRATISTA	✓	
	4	CER. ANTECEDENTES JUDICIALES (Policia)		CONTRATISTA	✓	
	5	CER. ANTECEDENTES DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL		CONTRATISTA	✓	
	6	CER. ANTECEDENTES REDAM (Registro de Deudores Alimentarios Morosos)		CONTRATISTAS	✓	
	7	COPNIA (Ingenieros)		CONTRATISTAS		
VACUNAS, POLIZAS, AFILIACIONES, ENTRE OTROS	1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		CONTRATISTAS	✓	
	2	EXAMEN MEDICO PERIODICO (Tercerizados cada 6 meses / personal OPS cada 2 años)		CONTRATISTA O EMPLEADOR		
	3	CARNE DE VACUNA SARS-COV-2		CONTRATISTA	✓	
	4	CARNET DE VACUNACION (Hepatitis b, Toxoide tetanico, Influenza)		CONTRATISTA		
	5	CERTIFICADO AFILIACION A SALUD		CONTRATISTA	✓	
	6	CERTIFICADO AFILIACION A PENSION		CONTRATISTA	✓	
	7	CERTIFICADO AFILIACION ARL		HOSPITAL		
	8	CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 dias)		CONTRATISTA	✓	
	9	VERIFICACION INDUCCION - REINDUCCION		HOSPITAL		
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE		CONTRATISTA		
	2	MINUTA DE CONTRATO		HOSPITAL		
	3	REGISTRO PRESUPUESTAL		HOSPITAL		
	4	POLIZAS (Si aplica)		HOSPITAL		
	5	ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica)		HOSPITAL		
	6	ACTA DE INICIO		HOSPITAL		
	7	SOPORTE PAGOS		CONTRATISTA Y HOSPITAL		
	8	ACTA DE LIQUIDACION		HOSPITAL		

VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vb. Recibido Talento Humano:	1ras Correcciones en documentos:
2das Correcciones en documentos:	3ras Correcciones en documentos:
Vb. Afiliacion ARL:	Vb. Recibido Contratacion:

Funza (Cundinamarca), 14 de septiembre de 2026

Dra.
JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS
Gerente
E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes
Funza Cundinamarca

Ref: Presentación propuesta de servicios de Apoyo a la gestión de la E.S.E.

Yo **YEISON VANOY ORTEGA** con la cedula de ciudadanía No. **1.070.971.373** del Municipio de Facatativá Cundinamarca, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA COMO CONDUCTOR PARA EL ÁREA DE GERENCIA Y ADMINISTRATIVA EN LA ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA.

ACTIVIDADES A REALIZAR: DETALLAR LAS ACTIVIDADES ESPECIFICAS QUE VA A REALIZAR

1. Conducir adecuadamente el vehículo administrativo y de gerencia cuando se requiera.
2. Realizar el mantenimiento preventivo básico del vehículo asignado.
3. Velar por el correcto funcionamiento de los vehículos y realizar la limpieza preventiva de los mismos.
4. Informar oportunamente las fallas que presenten los vehículos para ser corregidas lo más pronto posible y así garantizar un servicio continuo, oportuno y confiable.
5. Velar por la presentación del vehículo y cuidar por las herramientas y equipos a su cargo.
6. Transportar suministros, equipos o documentos a los sitios encomendados, cuando se requiera.
7. Realizar operaciones mecánicas sencillas de mantenimiento del vehículo a su cargo, previa autorización, y solicitar la ejecución de aquellas que requieran un manejo especializado.
8. Realizar el traslado de la gerencia y el personal designado, de acuerdo a los requerimientos del servicio.
9. Utilizar el vehículo solo para los traslados establecidos y autorizados por la Gerencia de la ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA.
10. Contar y mantener licencia de conducción vigente y revisar el vencimiento de los seguros obligatorios y revisiones técnico-mecánicas del vehículo asignado.
11. Cumplir, en el ejercicio de la conducción, las normas de tránsito vigentes y no superar los límites establecidos.
12. En caso de que se presenten comparendos o multas de tránsito con ocasión a la voluntad y omisión propia del Contratista, este deberá asumirlas con cargo al pago percibido por el desarrollo de su objeto.

VALOR MENSUAL: El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensual determinado por la institución, ($2.600.000)

TERMINO INICIAL DE EJECUCION: A determinación de la ESE.

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista Independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).
En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaro que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incursa en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCION: Manifiesto que mi dirección de residencia Calle 90ª No. 45ª – 5 Sur en la ciudad de Bogotá D.C., correo electrónico yeisonvanoy2009@gmail.com, mi número de celular 322-406-4206.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,

Yeison Vanoy O.

YEISON VANOY ORTEGA
CC 1.070.971.373 de Facatativá Cundinamarca.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Vanoy	Ortega	Yeison

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1070971373

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 1070971373 D.M 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 22 MES 09 AÑO 1994

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Yacopí

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 48a sur #88c-49

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá DC

TELÉFONO 3224064206 EMAIL Yeisonvanoy2009@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico

FECHA DE GRADO 17 de diciembre de 2015

MES 12 AÑO 2015

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Español			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Parque Maquinaria		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Nemocón	pmaquinaria@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3138836388	DÍA 03 MES 02 AÑO 2026	DÍA 03 MES 08 AÑO 2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Operario de volqueta sencilla	ICCU	Calle 13 • 47-12

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Ut ICCU ret vial / JM		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Puerto Salgar-Pacho	uticcu2025@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174367403	DÍA 13 MES 05 AÑO 2025	DÍA 24 MES 01 AÑO 2026

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Conductor de volqueta	ICCU	Carrera 68 • 13-92

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
OPS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Cundinamarca	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3212510502	DÍA 10 MES 09 AÑO 2022	DÍA 10 MES 11 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Conductor volqueta	Particular	Bogota DC

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	4	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá, 12-Septiembre-2026

Yelson Yamsy O.

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.

Funza- 14/sep/2026.

Ciudad y fecha

Camila Vasquez

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.070.971.373**

VANOY ORTEGA

APELLIDOS

YEISON

NOMBRES

Yeison Vanoy Ortega

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-1994**

YACOPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-SEP-2012 FACATATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1533400-00887376-M-1070971373-20170304 0054104403A 2 47433647

Funza, Cundinamarca, 14 de septiembre del 2026.

CARTA DE COMPROMISO.

Yo, YEISON VANOY ORTEGA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.070.971.373 del municipio de Facatativá, Cundinamarca, por medio de la presente manifiesto de manera expresa que me comprometo a realizar y presentar el Formulario de Bienes y Rentas correspondiente al Aplicativo de la Ley 2013 de 2019, dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Lo anterior, teniendo en cuenta que actualmente el aplicativo se encuentra fuera de servicio, lo cual impide realizar y descargar el respectivo formulario de Bienes y Rentas dispuesto para tal fin.

En consecuencia, me comprometo a efectuar el trámite y hacer entrega del Formulario de Bienes y Rentas debidamente diligenciado a la Oficina de Talento Humano de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que se restablezca y se encuentre disponible el aplicativo para realizar el respectivo trámite.

El trámite deberá efectuarse a través del aplicativo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la declaración de bienes y rentas, disponible en:

https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013

La presente carta se suscribe como constancia del compromiso adquirido y para los fines administrativos correspondientes.

Yeison Vanoy O.

YEISON VANOY ORTEGA

C.C. No. 1.070.971.373 de Facatativá

Firma: Yeison Vanoy O.

Fecha: 14/09/2026

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"		
	TIPO DE DOCUMENTO	**NOMBRE**	**ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA**
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM	GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	**VERSIÓN** / **FECHA ELABORACION**	**PAGINA**
	A-FIN-CON-F-001	1 / 09/03/2023	**1 de 4**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	**TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE**			**TIPO DE SOLICITUD**
	Contratista _X_	Proveedor ___	Personal Planta ___	Vinculación ____
	Prestador IPS ___	Junta Directiva ___	Otro _____	Actualización ___

Departamento: | Ciudad:

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido: Vanoy	Segundo Apellido: Ortega	Nombres: Yeison
Tipo De Documento: Cédula de ciudadanía	No. De Identificación: 1070971373	Fecha De Nacimiento: 20/09/1994
Lugar De Nacimiento: Yacopí- Cundinamarca	Fecha De Expedición: 25/09/2012	Lugar De Expedición: Facatativa
Dirección: Calle 48a Sur #88c-49	Ciudad: Bogota DC	Departamento: Cundinamarca
Teléfono: 3224064206	Celular: 3224064206	Profesión/Ocupación: Conductor

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tiene reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

PERSONA JURÍDICA

Razón social:	Nit:	Correo electrónico

Tipo de contribuyente: ____ Régimen simplificado ____ Régimen común ____ Grandes contribuyentes ____ Otra ____
¿Cual? _____

Tipo de Empresa: Privada _____ Publica _____ Mixta _____ Sin ánimo de lucro _____

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL		
Salud ____ Farmacéutico ____ Industrial ____ Servicios ____ Comercial ____ Otro ____ ¿Cuál? _____		
Descripción de la actividad económica:		
Dirección Oficina Principal	Teléfono Oficina Principal	Celular oficina principal
Departamento oficina principal	Correo oficina principal	Ciudad oficina principal
Dirección sucursal o agencia	Teléfono Sucursal O Agencia	Celular sucursal o agencia
Departamento Sucursal O Agencia	Correo Sucursal O Agencia	Ciudad Sucursal O Agencia

REPRESENTANTE LEGAL		
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:
Tipo De Documento	No. De Identificación	Fecha De Nacimiento
Lugar De Nacimiento	Fecha De Expedición	Lugar De Expedición
Dirección:	Ciudad	Departamento
Teléfono	Celular	Profesión/Ocupación

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación. (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)					
Razón Social O Nombres Y Apellidos		Tipo De Documento		No. De Documento	
Porcentaje De Participación		Dirección		Teléfono	

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)					
Nombres Y Apellidos		Tipo De Documento		No. De Documento	
Correo		Dirección		Teléfono	

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP					
Nombres Y Apellidos		Tipo De Documento		No. De Documento	
Correo		Dirección		Teléfono	

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos $ 5.000.000		Total Pasivos $ 7.000.000		Total Patrimonio $ 6.000.000	
Ingresos Mensuales $ 3.000.000		Egresos Mensuales $ 2000000		Otros Ingresos $	
Corte De Información Financiera					

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"		
TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	**4 de 4**

3. OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza negocios en moneda extranjera		Tipo de transacciones	
		¿Cuál?	

PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA

Tipo De Producto	No. De Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes:
   _____
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o cualquier norma que adicione o modifique.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla en cada proceso contractual o anualmente
4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a la proliferación de armas de destrucción masiva.
6. Eximimos a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

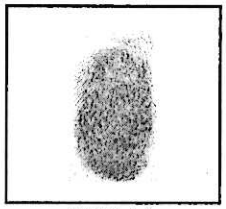
1. Fotocopia de documento de identidad personal natural o persona jurídica
2. Fotocopia de documento de identidad personal del representante legal
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

6. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Yeison Vanoy O.

FIRMA



HUELLA

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14553934967

(415)7707212489984(8020) 000001455393496 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 0 9 7 1 3 7 3	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 0 9 7 1 3 7 3

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Facatativá 2 6 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VANOY	ORTEGA	YEISON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Yacopí 8 8 5

41. Dirección principal
CR 14 14 12 BRR CHICO

42. Correo electrónico yeisonvanoy2009@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 3 6 1 5 4 4 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 1 6 2	2 0 1 7 1 0 1 8	7 7 1 0	2 0 1 7 1 0 1 8					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 20190530

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Bogotá, 18 de febrero de 2025

REFERENCIA PERSONAL

Mediante la presente hago constar que conozco de vista, trato y comunicación, a Yeison Vanoy Ortega, con número de cédula 1070971373, y con domicilio en Bogotá, desde hace más de seis años.

Por el conocimiento que tengo de dicho ciudadano, puedo certificar que se trata de una persona destacada por su excepcional ética de trabajo, compromiso y dedicación. Desde el primer momento, Yeison ha demostrado ser una persona proactiva, con una actitud positiva frente a cualquier desafío. Su capacidad para trabajar en equipo y su disposición para apoyar a quienes lo rodean lo convierten en un miembro valioso en cualquier entorno.

Constancia que expido a en Bogotá, a los 18 días del mes de febrero de 2025.

Mónica Viviana Mora Ardila
C.C. 1.014'220.076 de Bogotá
Cel. 315 683 97 22
Dirección: Cra 6B # 6-27 sur

Bogotá, 18 de febrero de 2025

A QUIEN INTERESE

Mediante la presente hago constar que conozco extensa y detalladamente a Yeison Vanoy Ortega, con número de cédula 1070971373, y con domicilio en Bogotá, desde hace más de veinte años.

Yeison se caracteriza por su liderazgo natural, mostrando siempre un gran interés en aprender y compartir su conocimiento con los demás. Su enfoque en la resolución de problemas, su creatividad y su habilidad para comunicar de manera efectiva lo hacen destacar en cada proyecto en el que se involucra. Además, su integridad y carácter ejemplar han dejado una huella positiva en quienes han tenido el placer de trabajar con él.

Estoy convencido de que Yeison continuará logrando grandes cosas y aportando significativamente en cualquier campo en el que decida desarrollarse. Su dedicación y pasión son cualidades que lo hacen sobresalir y siempre estará en mi más alta estima.

Constancia que expido a en Bogotá, a los 18 días del mes de febrero de 2025.

Wilder Andrés León Camargo
C.C. 1.073'321.325 de Pto. Salgar
Cel. 314 460 91 79
Dirección: Cra 6B # 6-27 sur

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

Y en su nombre el

Colegio Itec

Autorizado por la Secretaria de Educación,

Según resolución No. 2183 del 29 de junio de 2004.

Confiere a:

Vanoy Ortega Yeison

C. C. 1´070.971.373 de Facatativá

El Título de:

Bachiller Académico

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

Jaime Eduardo Cuellar
C.C. 19´156.07[illegible] de Bogotá
Rector

Secretaria Académica
C.C. [illegible] de Bogotá
Secretaria Académica

Bogotá, D.C., a los 17 días del mes de Diciembre 2015 F. 15 L. 24

No requiere Registro de la Secretaría de Educación

Según decreto 921 del 6 de Mayo de 1994,

Y 2150 del 5 de diciembre de 1995

De la República de Colombia.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

DEL

Colegio ITEC

En la ciudad de Bogotá DC. A los 17 días del mes de Diciembre del año 2015 se reunieron los suscritos Rector, Secretario Académico del *COLEGIO ITEC*, institución aprobada por La Secretaría de Educación de Bogotá D.C. bajo Resolución Oficial 2183 de Junio 29 de 2004, con el fin de formalizar la ceremonia de graduación de los estudiantes que culminaron satisfactoriamente el Nivel II de Educación Media Vocacional.

Analizada y comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes del nivel de educación media vocacional se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico a los graduandos cuyos nombres, apellidos y documentos de identidad se relacionan a continuación:

VANOY ORTEGA YEISON

C.C. 1´070.971.373 de Facatativá

Es fiel copia tomada del acta original general No. 24 del 17 de Diciembre de 2015 que consta de 44 alumnos graduandos, comienza con el nombre de **ALDANA SALAZAR JOSE ALBERTO** y termina con el nombre de **ZULUAGA ORJUELA VIVIANA ANDREA.**

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981 del M.E.N.

El Diploma y el Acta de Grado no requieren registro de la Secretaría de Educación según decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995; Presidencia de la República.

Firmada y sellada

LIC. JAIME CUELLAR MERCADO
Rector
C.C. 19.156 072 de Bogotá

ITEC
SECRETARIA
ACADEMICA

LIC. ORLANDO ALFONSO DELGADILLO CELY
Secretario Académico
CC. 79.388.588 de Bogotá

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACION ACADÉMICA

Yo Yeison Vanoy Ortega identificado con cédula No. 1070971373 de Facatativa, mediante el presente documento, de manera libre y espontánea y cumpliendo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, autorizo para que se verifique mi historial académico.

En constancia firmo la presente en Bogotá D.C a los 12 días del mes de septiembre del año 2026.



Huella

Firma: Yeison Vanoy O.

C.C: 1070971373

Teléfono: 3224064206

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1070971373



NOMBRE

YEISON VANOY ORTEGA

FECHA DE NACIMIENTO

20-09-1994

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

13-11-2025

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTEyMOV CUND/PUERTO SALGAR

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	13-11-2035	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	13-11-2035	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	13-11-2028	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07003312041

Powered by CamScanner

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

PAZ Y SALVO

Cédula: **1070971373**

Fecha de expedición: 14/09/2026

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 14 de septiembre de 2026 a las 09:39 a. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302871143

PIB
10:20:07

Bogotá DC, 14 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YEISON VANOY ORTEGA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1070971373:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 12 de septiembre de 2026, a las 13:21:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1070971373
Código de Verificación	107097137326091213211 2

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/09/2026 10:08:36 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1070971373** y Nombre: **YEISON VANOY ORTEGA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **147597725** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:09:26 AM horas del 14/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1070971373**

Apellidos y Nombres: **VANOY ORTEGA YEISON**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:12:24 horas del 14/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1070971373,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Yeison Vanoy Ortega**, con NIT **107097137-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1070971373 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 14/09/2026 10:20 AM

Código Verificación: **M8QDGRUP1N**

Válida hasta: **14/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Personería de Bogotá, D. C.
Antecedentes
Disciplinarios

CERTIFICADO ORDINARIO No. 8428097

Bogotá D.C., 12 de septiembre de 2026 - 01:24 pm

Código de verificación: **8428097AZYPR_J9DSV_90747**

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **YEISON VANOY ORTEGA,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1070971373** de FACATATIVA

(MIL SETENTA MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SETENTA Y TRES)

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

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

* Certificado expedido sin costo alguno.

JAIRO AGUIRRE GONZÁLEZ
Personero Delegado (E) Para El Juzgamiento Disciplinario I

IPS Sigmedical

NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :252860264203

Certificado de aptitud laboral
Pre ingreso



Fecha: 14/Sep/2026, **Hora:** 12:31:47 p.m.
HC: # 68139
Edad: 31 años
Apellido: Vanoy ortega
Nombre: Yeison
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1070971373
Sexo: Masculino ♂
Rh: O+
Direccion: Cra 90a-45-45 sur
Nacim: 20/Sep/1994
Telefono: 0000001
Celular: 3224064206
Correo: Yeisonvanoy2009@gmail.com
Estado Civil: Soltero
EPS: Nueva eps
ARL: Sin definir
AFP: Porvenir
Cargo: Independiente
Ciudad: Bogota d.c. - ciudad kennedy

Empresa: Cliente mostrador
NIT: 2222222
Direccion: funza
Telefono: 8295414
Celular:
Email: Sigmedical@hotmail.com
IPS que Atendio: , Ciudad de Atención:

Examenes Realizados

☑ Examen medico ocupacional con enfasis osteomuscular

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Adecuada dieta, actividad fisica regular, bajar de peso, disminuir ingesta de grasas saturadas

Medicas

Laborales

* 2- uso de elementos de protección personal según factores de riesgo.
* 1- capacitación en su cargo según factores de riesgo
* 3- realizar pausas activas durante la jornada laboral según el programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa.

Resumen Resultados

Examen **Resultado**

Concepto

Sin restricción para el cargo

Restricciones

Restricciones Personalizadas

Ninguna

Recomendaciones Personalizadas

Ninguna

Observaciones

Ninguna

Certifico que en mi calidad de aspirante y/o trabajador he recibido información acerca de mi condición actual de salud basado en la evaluación medica ocupacional que me fue practicada a la fecha, así mismo declaro que la información que he suministrado al medico evaluador es veridica y puede ser confirmada. Entiendo y acepto el presente concepto

Dr. Mauricio Malagón
Médico General
Esp. Medicina Ocupacional
RM: 1019083122

Yeison Vanoy O

IPS Sigmedical

NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :252860264203

Javier mauricio malagón reyes
CC 1019083122
Medico especialista en salud ocupacional

Yeison vanoy ortega
CC 1070971373

Huella
Digital

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 4bc5e7b8-c1c7-4645-b147-1323221 0d29e

Nombres y apellidos / Full name: YEISON VANOY ORTEGA

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de Identificación / ID Number: 1 0 7 0 9 7 1 3 7 3

Fecha de nacimiento / Date of birth: 20/09/1994

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID JANSSEN	Única	09	07	2021	Janssen	212A21A	YACOPI CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO	ANA CLOVER TRIANA BASALLO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) YEISON VANOY ORTEGA identificado(a) con CC 1070971373 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 26/09/2022

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 14 días del mes 9 del año 2026.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YEISON VANOY ORTEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.070.971.373**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

YEISON VANOY ORTEGA Identificado con CC 1070971373

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina VEINTE DE JULIO CRA 5, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24145857484
Fecha de apertura:	10 de Mayo de 2025
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 14 de Septiembre de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:			AREA O PROCESO QUE LO GENERA
FORMATO	CERTIFICADO DE IDONEIDAD			GESTION DEL TALENTO HUMANO
CODIGO	VERSION	FECHA DE ELABORACION	PAGINA	
A – TH – F - 015	2	12/0/2025	1 DE 1	



LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

NIT. 900.750.333-1

CERTIFICA:

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **YEISON VANOY ORTEGA** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1.070.971.373 del Municipio de Facatativá Cundinamarca, se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra la idoneidad y experiencia relacionada.

Para constancia de lo anterior se firma a los catorce (14) días del mes de Septiembre del Año dos mil veintiséis (2026).

Camila Vasquez

CAMILA ANDREA VASQUEZ MENDEZ.
Ing. Industrial y Líder de Talento Humano.

Elaboró y Proyectó: Camila Andrea Vásquez Méndez / Profesional de Talento Humano
Revisó y Aprobó: Juan Sebastián Duarte Flores / Subgerente Administrativo y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos aprobamos, declaramos que le presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de Gerencia de la E.S.E

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera