

REGISTRO SECOP



[Aumentar el contraste](#)

UTC-5 13:43:03

Buscar por proceso Menú ▾

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 Ayuda ?

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones YENNY ANDREA GOYES VARGAS,

Yenny Andrea Goyes Vargas con el NIT 52516025 creada

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

Haga clic aquí para continuar >



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GOYES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VARGAS	NOMBRES GENNY ANDREA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52516025	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 13 MES 07 AÑO 1980 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá MUNICIPIO Bogotá		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Kr 11 #34-48 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá MUNICIPIO Bogotá TELÉFONO 3134617071 EMAIL andrea.goyes.v@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 05 AÑO 1998	

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	11	X		Psicología	12	2009	130676
ES	2	X		Promoción en salud y desarrollo humano	07	2014	

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

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 SUBRED CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTÁ	MUNICIPIO CONDENAMARCA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gobremcn2cs@subred.centroorientecol.gov.co	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 09 MES 09 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional Universitaria	DEPENDENCIA Gobernante	DIRECCIÓN Dg 34 #5-43	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Condinamarca	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.icbf.gov.co	
TELÉFONOS 4377630	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 03 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 08 MES 09 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Psicóloga	DEPENDENCIA Equipo móvil de Protección Infantil	DIRECCIÓN Kv 69 #253-44 piso 4	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Usmec I Nivel	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Condinamarca	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.usmec.gov.co	
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 05 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 01 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Psicóloga	DEPENDENCIA Salud pública	DIRECCIÓN Cv 11 #135A 42 Sur.	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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	8	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 31-05-18

Genny Andrea Goyes V.
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



DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, YENNY ANDREA GOYES VARGAS

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 52.516.025 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento BOGOTA Municipio BOGOTA

Dirección KR 11 # 34- 48 SUR Teléfonos 3134617071

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ILMA SOFIA VARGAS LEON	C.C N 41675661	MADRE
HERNANDO GOYES CRESPO	C.C N 17105232	PADRE

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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	33.600.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 33.600.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	1770078317	ESTRADA	\$ 800.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
COLPATRIA	TARJETA DE CREDITO	\$ 2.196.000
COLPATRIA	TARJETA DE CREDITO	\$ 3.405.000

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 DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3 FIRMA

Yenny Andrea Goyes V.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA 31-05-2018
CIUDAD Y FECHA



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional



La Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

Yenny Andrea Goyes Vargas

C.C. No. 62516025 de Bogotá D.C.

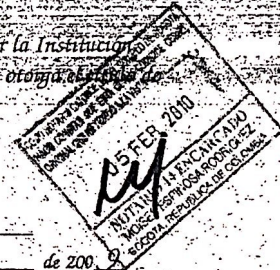
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución de Educación Superior y de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, se otorga el título de

Psicólogo

Registro M.E.N. 3274

Dado en Bogotá D.C., el día 18 del mes de Diciembre

de 2009



[Firma]
Rector

[Firma]
Decano Escuela

Acta de Grado N° 2285 Fecha 18 - 12 - 2009 Registro de Diploma N° 46143, Libro 12, Folio 132

[Firma]
Secretario General



*República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional*

La Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Resolución 828 de 1996, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

Confiere el Título de

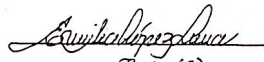
Especialista en Promoción en Salud y Desarrollo Humano

A

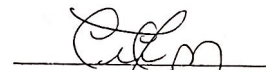
Penny Andrea Goyes Vargas

C.C. No. 52516025 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos y las disposiciones legales. En testimonio de ello otorga el presente Diploma, en la ciudad de Bogotá, D.C., el 18 de Julio de 2014.


Rector (E)


Decano


Secretario General

*Libro 18 Acta 037 Folio 005 Registro 17734
Bogotá, D.C., 18 de Julio de 2014.*



Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 2285

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

En ceremonia realizada el día 18 de diciembre de 2009 en la ciudad de Bogotá y presidida por el Doctor Raul Adames Gómez, Director del CEAD JOSÉ ACEVEDO Y GÓMEZ, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

PSICÓLOGO
REGISTRO ICFES - M.E.N 3274

A:

YENNY ANDREA GOYES VARGAS

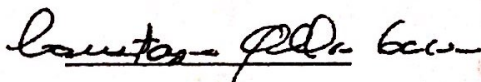
Identificada con Cédula de ciudadanía No. 52516025 de Bogotá D.C, quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

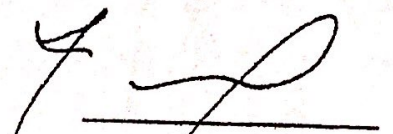
LA POLÍTICA PÚBLICA "COLOMBIA POR LA PRIMERA INFANCIA" Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DEL NIÑO/A EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD EN ONCE MUNICIPIOS DE COLOMBIA.

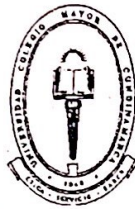
Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá, D.C., a los 18 días del mes de diciembre de 2009 .

Anotado en el libro de actas No.7
Registro de Diploma No. 45143 Libro 12 Folio 132


Decano Escuela


Secretaria General



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

ACTA DE GRADO No. 37

En Bogotá D.C., República de Colombia, el dieciocho (18) de julio de dos mil catorce (2014), se reunieron en el AULA MÚLTIPLE de la UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA: la Rectora (E), Doctora EMILIA LÓPEZ LUNA; la Decana de la Facultad de CIENCIAS SOCIALES, Doctora PATRICIA DUQUE CAJAMARCA; y la Secretaria General de la Universidad, Doctora CARMEN ELIANA CARO NOCUA, con el fin de presidir la Ceremonia de Grado de:

YENNY ANDREA GOYES VARGAS
C.C. 52516025 de Bogotá D.C.

Quien terminó sus estudios, cumplió los requisitos de Ley y los Reglamentos de la Universidad. En testimonio de ello la Institución le otorgó el título de **ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN EN SALUD Y DESARROLLO HUMANO.**

Resolución 828 del 13 de marzo de 1996 expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

Previo juramento se entregó el diploma a la graduanda.

(Fdo.) La Rectora (E), EMILIA LÓPEZ LUNA
(Fdo.) La Decana de la Facultad, PATRICIA DUQUE CAJAMARCA
(Fdo.) La Secretaria General, CARMEN ELIANA CARO NOCUA

En constancia, firma la presente acta

LA SECRETARIA GENERAL,


CARMEN ELIANA CARO NOCUA

Registro Diploma: 17734 Libro No. 18 – 18 de julio de 2014

Magda A.

Calle 28 5 B 02 - PBX: 241 88 00 - Telefax 283 44 59 - Bogotá D.C.



La Escuela Internacional para el Desarrollo Humano Integral
otorga el presente reconocimiento a:

Yenny Andrea Goyes

Por haber cumplido los requisitos necesarios para:

Certificarse como Coach Internacional de Alto Nivel

Realizado:

En la Ciudad de México, entre Junio y Agosto de 2015

Ericka Carapia
Director Académico EIDHI

Junior Vargas Cruz
Instructor certificado por ICF



Bogotá D.C

Señores:

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Especialista en promoción en salud y desarrollo humano
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Yenny Andrea Goyes V.
No. de documento: 52516025
Tarjeta profesional No: 130676
Dirección de contacto: Carrera 11 34-48 Sur Pijao
Teléfono: 3134617071

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Nacional abierta y a distancia UNAD
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Psicologo

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Yenny Andrea Goyes V.

No. de documento:

52516025

Tarjeta profesional No:

130676

Dirección de contacto:

Carrera 11 34-48 sur Pijaos

Teléfono:

3134617071



25-20000 LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO JURIDICO DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS

CERTIFICA:

NÚMERO DEL CONTRATO	25-04-2016-575
NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	YENNY ANDREA GOYES VARGAS
CÉDULA Y/O NIT.	52516025 DE BOGOTÁ.
<u>OBJETO:</u>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DIRIGIDOS A LA ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE TRABAJO INFANTIL Y DEMÁS PROBLEMÁTICAS, CON SUS DERECHOS INOBSERVADOS, AMENAZADOS O VULNERADOS Y SUS FAMILIAS, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA DE EQUIPOS MÓVILES DE PROTECCIÓN INTEGRAL - EMPI, EN LA REGIONAL ICBF.
<u>FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:</u>	EL CONTRATISTA se obliga, a: cumplir cabalmente con el objeto del presente contrato a la luz de las disposiciones legales vigentes y, en especial, a: 1. Apoyar al Equipo Móvil de Protección Integral en el desarrollo de valoraciones psicológicas a niños, niñas, adolescentes y su grupo familiar, con la finalidad de identificar el grado de afectación emocional, cognitiva y relacional, generado por el trabajo infantil u otras vulneraciones, y en caso de ser necesario, informar al supervisor del contrato, para remitir las situaciones anómalas a la autoridad administrativa competente. 2. Acompañar y apoyar a las familias en la articulación con redes institucionales para la prestación de los servicios y continuidad de la atención en territorio en el marco del desarrollo integral. 3. Asistir en la orientación a la familia, a los niños, niñas y adolescentes cuando lo requiera, en los contextos socio-familiares sobre la problemática de trabajo infantil y articular y gestionar con las entidades del SNBF la oferta del Estado que permita fortalecer los procesos de protección familiar. 4. Realizar recomendaciones individuales y familiares a partir de la valoración psicológica realizada, para el fortalecimiento de las capacidades protectoras y la construcción del tejido social. 5. Fortalecer a las familias en temas de pautas de crianza que inciden en el mejoramiento del estado psicológico de los niños, niñas y adolescentes. 6. Diligenciar el formato de consentimiento informado, donde se autoriza por parte de la familia o cuidador, la valoración inicial, estudio socio familiar (técnicas trabajo social), cuando se presume de una vulneración de derechos. En el evento de tener una negativa por parte de la familia o cuidador, el profesional deberá

Cra.69 No. 25B-44 Piso 4 Edificio World Business
Port. Ciudad Salitre Bogotá D.C.
Teléfono: 4377630 Extensión 141015
Línea gratuita nacional ICBF 01 8000 91 8080
www.icbf.gov.co

Estamos cambiando el mundo

comunicar esta situación al supervisor del contrato, así como al Centro Zonal correspondiente o a la Comisaría de Familia, según la competencia. 7. Brindar atención en crisis a los niños, niñas y adolescentes y sus familias, cuando sea necesario, y articular acciones con las entidades del SNBF para continuar con la atención de ser necesario. 8. Acompañar los procesos adelantados por los profesionales que hacen parte del EMPI, para incluir los temas que considere necesarios, en los procesos de abordaje a niños, niñas, adolescentes y sus familias y los cuales permitirían la disminución del trabajo infantil y el fortalecimiento familiar. 9. Hacer seguimiento a los casos remitidos a la Autoridad Administrativa Competente, los cuales deberán ser retroalimentados en los informes mensuales remitidos al Supervisor (a) del Contrato. 10. Aplicar el procedimiento de la línea estratégica EMPI dados por el ICBF para la atención a los niños, niñas, adolescentes con sus derechos inobservados, amenazados y/o vulnerados y sus familias, que contribuyan a fortalecer los factores protectores, a través de la atención en medio socio familiar teniendo en cuenta los contextos, dinámicas y realidades sociales de las familias con el fin de garantizar su desarrollo armónico e integral y el goce efectivo de sus derechos, en especial los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de trabajo infantil. 11. Apoyar en la evaluación a partir de la información suministrada por los Centros Zonales, los Entes Territoriales y otros datos de la región, de la situación de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en situación de trabajo infantil y otras vulneraciones, y priorizar las acciones, según las problemáticas más recurrentes en territorio y que impacten de manera especial el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes. 12. Apoyar la construcción del plan de acción conjuntamente con los Grupos de Asistencia Técnica y Grupos de Protección de las Regionales del ICBF, el cual debe incluir, situación general del municipio focalizando, problemáticas a intervenir en los diferentes componentes de la protección integral, promoción, prevención, direccionamiento a la autoridad Administrativa Competente y las gestiones con las entidades del SNBF, según matriz dispuesta para tal fin. 13. Tramitar ante la Coordinación del Grupo de Asistencia Técnica o Grupos de Protección de la Regional, por escrito o correo electrónico, la presentación del equipo EMPI, ante las autoridades locales, con el fin de coordinar las acciones programadas con las instituciones educativas, familias, líderes de la comunidad o agentes del SNBF, policía de infancia y adolescencia y otras entidades, cuando se requiera, con el fin de fortalecer y articular los procesos. 14. Organizar la programación para los desplazamientos, que incluya la logística, rutas y actividades en

campo, previa aprobación por parte de la supervisora del contrato.

15. Hacer seguimiento a los casos remitidos a la Autoridad Administrativa Competente, los cuales deberán ser retroalimentados en los informes mensuales remitidos al Supervisor (a) del Contrato.

16. Apoyar en la identificación de las problemáticas de los niños, niñas y adolescentes y definir las líneas de atención, en el contexto familiar, social y educativo, desde un enfoque diferencial, cultural y territorial.

17. Apoyar al Equipo Móvil de Protección Integral en búsqueda activa de zonas o espacios donde se identifiquen niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil, en sus propios contextos, para adelantar acciones articuladas.

18. Coordinar y articular con las entidades que hacen parte de los Comités Interinstitucionales de Erradicación del Trabajo Infantil – CIETI, acciones dirigidas a la prevención y erradicación del trabajo infantil. Cuando se requiera se podrá solicitar a la autoridad administrativa el acompañamiento de la policía de infancia y adolescencia en la búsqueda activa.

19. Coordinar y articular con la autoridad tradicional, cuando se trata de niños, niñas y adolescentes pertenecientes a grupos étnicos, para realizar la atención en el contexto de la comunidad y la familia, en aras de respetar el proceso autónomo dentro de sus territorios.

20. Contribuir en el restablecimiento de derechos desde la interdisciplinariedad y con una perspectiva de enfoque diferencial y territorial, fortaleciendo los procesos colectivos, psicosociales y nutricionales en el goce efectivo de derechos de niños niñas adolescentes y familias.

21. Articular y coordinar acciones en el marco de la corresponsabilidad, para la ejecución de las actividades que permitan la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil y otras problemáticas asociadas.

22. Acompañar y apoyar a las familias en la articulación con redes sociales, para la prestación de los servicios institucionales y continuidad de la atención en territorio en el marco del desarrollo integral.

23. Asistir en la orientación a la familia cuando lo requiera, sobre procesos y trámites ante las entidades territoriales y otras gestiones que permitan la articulación con la oferta del Estado y la atención a los niños, niña y adolescentes y sus familias.

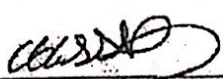
24. Brindar acompañamiento en el marco de la diversidad, teniendo en cuenta las particularidades de los grupos étnicos, las cuales recibirán atención del equipo. Es importante resaltar que cuando se identifiquen situaciones de inobservancia, amenaza, vulneración de derechos, se pondrá en conocimiento del supervisor del contrato, así como de la Autoridad Administrativa Competente, para que se adelante los trámites correspondientes.

25. Hacer seguimiento a los casos remitidos a la Autoridad Administrativa Competente, los cuales deberán ser

	<p>retroalimentados en los informes mensuales remitidos a la Supervisora del Contrato en este caso a la Coordinación de los Grupos de Asistencia Técnica o Grupo de Protección en las Regionales ICBF. 26. Informar a la Supervisora del contrato los casos direccionados a los centros zonales a través de la oficina de atención al ciudadano del ICBF, al igual que los casos direccionados a Comisarias de Familia, Inspectores de Policía de aquellas situaciones detectadas de inobservancia, amenaza y vulneración para el correspondiente seguimiento. 27. Registrar en los instrumentos establecidos, las acciones adelantadas con los niños, niñas, adolescentes y sus familias y las realizadas con las entidades del SNBF, para ser reportados a la supervisión del contrato. 28. Participar en la elaboración del informe mensual de actividades y el Plan de Acción del equipo Móvil de Protección Integral, el cual debe ser presentado a más tardar el 25 de cada mes, a la Coordinación del Grupo de Asistencia Técnica o Grupo de Protección de la Regional del ICBF. 29. Adelantar los trámites correspondientes, para el traslado a los municipios focalizados previamente, de acuerdo con el plan de acción autorizado por la Regional – Grupo Asistencia Técnica o Grupo de Protección. 30. Aplicar el principio de precaución y protocolo de seguridad establecido. (valoración de los riesgos en la movilización, consultando con las autoridades de la localidad) antes de movilizarse a los municipios focalizados, veredas, corregimientos o lugares, a realizar las acciones programadas. 31. Atender los requerimientos, instrucciones y/o recomendaciones que durante el desarrollo del presente contrato imparta el ICBF, a través del supervisor del mismo, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. 32. Garantizar la visibilidad del ICBF, portando adecuadamente los elementos entregados (chalecos, gorras, maletines, pendones entre otros) los cuales deben ser reintegrados en el momento de terminación del contrato. 33. Generar un ambiente de cordialidad y respeto con los niños, niñas, adolescentes, familias y comunidad en general, compañeros y supervisor del contrato. 34. Asumir y transmitir el conjunto de valores organizacionales, en su comportamiento y actitudes. 35. Participar de las jornadas de fortalecimiento técnico convocadas por ICBF. 36. Desarrollar otras actividades que de acuerdo con su competencia le sean asignadas por el supervisor del contrato, en el marco del objeto del mismo.</p>
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	Día: 16 Mes: 03 Año: 2016
APROBACIÓN DE LA PÓLIZA	Día: 17 Mes: 03 Año: 2016
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO	El valor del presente contrato asciende a la suma de (\$14.616.600)

Cra 69 No. 25B-44 Piso 4 Edificio World Business
Port. Ciudad Salitre Bogotá D.C.
Teléfono: 4377630 Extensión 141015
Línea gratuita nacional ICBF 01 8000 91 8080
www.icbf.gov.co

Estamos cambiando el mundo

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	El contrato tendrá un plazo de ejecución que será contado a partir del perfeccionamiento y legalización 6 mes y 9 días.		
FECHA DE INICIO	Día: 17	Mes: 03	Año: 2016
FECHA DE TERMINACIÓN POR MUTUO ACUERDO	Día: 08	Mes: 09	Año: 2016
ESTADO	LIQUIDADO		
SUPERVISOR Coordinador(a)	GRUPO ASISTECIA TECNICA		
FECHA DE EXPEDICIÓN	16 de Enero del 2017		
 CLARA INÉS JIMÉNEZ RODRÍGUEZ COORDINADORA GRUPO JURÍDICO			
<p>NOTA: LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON FUNDAMENTO DE ACUERDO A LA INFORMACION QUE REPOSA EN EL SISTEMA DE CONTRATACION FUC, REGIONAL CUNDINAMARCA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.</p>			

Revisó: Clara Inés Jiménez Rodríguez Coordinadora Grupo Jurídico.
Elaboró: Cecilia Roza Grupo Jurídico

Cra.69 No. 25B-44 Piso 4 Edificio World Business
Port. Ciudad Salitre Bogotá D.C.
Teléfono: 4377630 Extensión 141015
Línea gratuita nacional ICBF 01 8000 91 8080
www.icbf.gov.co

Estamos cambiando el mundo



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Usme

CERTIFICACION

LA SUSCRITA COORDINADORA DE LA OFICINA DE CONTRATACION, CERTIFICA QUE LA SEÑORA JENNY ANDREA GOYES VARGAS, IDENTIFICADA CON C.C. No. 52.516.025, HA SUSCRITO CON EL HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E. NIT: 830.010.966-3, LOS SIGUIENTES CONTRATOS:

No. CONTRATO	VIGENCIA	OBJETO	ESTADO	VALOR
0952-2010	01/05/2010-04/08/2010	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$8.200.000.00
1707-2010	01/08/2010-30/09/2010	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.400.000.00
2163-2010	04/10/2010-30/10/2010	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$1.733.333.00
3239-2010	04/11/2010-21/11/1010	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$1.333.333.00
3239-2010	22/11/2010-30/11/2010	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$333.334.00
4070-2010	16/12/2010-31/12/2010	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$1.333.333.00
1137-2011	01/03/2011-30/03/2011	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$6.000.000.00
1995-2011	01/06/2011-30/09/2011	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$6.000.000.00
2668-2011	01/09/2011-31/10/2011	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$4.000.000.00
3707-2011	01/11/2011-30/11/2011	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$2.000.000.00
4748-2011	01/12/2011-30/12/2011	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$2.000.000.00
0476-2012	01/01/2012-31/01/2012	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$2.000.000.00
1095-2012	01/02/2012-30/04/2012	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$6.000.000.00
2095-2012	02/05/2012-31/07/2012	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$6.000.000.00
2988-2012	01/08/2012-31/08/2012	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$2.000.000.00
3312-2012	01/09/2012-30/11/2012	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$6.000.000.00
3312-2012	01/12/2012-03/12/2012	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$269.076.00
3312-2012	04/12/2012-31/12/2012	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$2.421.680.00
0536-2013	02/01/2013-28/02/2013	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$5.381.512.00
0536-2013	01/03/2013-30/04/2013	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$5.941.520.00
0536-2013	01/05/2013-31/05/2013	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$2.970.760.00
2204-2013	01/06/2013-30/06/2013	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$2.970.760.00
2204-2013	01/07/2013-15/08/2013	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$4.456.140.00
2204-2013	16/08/2013-31/08/2013	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$1.485.380.00
2204-2013	01/09/2013-03/09/2013	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$297.076.00
2204-2013	04/09/2013-30/09/2013	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$2.673.884.00
2204-2013	01/10/2013-31/10/2013	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.610.000.00
2204-2013	01/11/2013-30/11/2013	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.610.000.00
2204-2013	01/12/2013-26/12/2013	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$2.767.659.00
2204-2013	27/12/2013-31/12/2013	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$843.341.00
2204-2013	01/01/2014-31/01/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.610.000.00
2204-2013	01/02/2014-28/02/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.610.000.00
2204-2013	01/03/2014-30/04/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$7.220.000.00
2204-2013	01/05/2014-31/05/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.610.000.00
2204-2013	01/06/2014-30/06/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.610.000.00
2204-2013	01/07/2014-31/07/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.610.000.00
2204-2013	01/08/2014-31/08/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.610.000.00
2204-2013	01/09/2014-15/09/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$1.805.000.00

Código postal: 110541 Hospital de Usme I Nivel ESE

Carrera 13 # 135A - 42 sur
PBX: 766 0666
www.esesme.gov.co
Línea 195



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Usme

2204-2013	16/09/2014-30/09/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$1.805.000.00
1004-2014	03/10/2014-31/10/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.610.000.00
1004-2014	01/11/2014-15/11/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$1.805.000.00
1004-2014	24/11/2014-30/11/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$1.805.000.00
1004-2014	01/12/2014-31/12/2014	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.610.000.00
0063-2015	01/01/2015-15/01/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$1.805.000.00
0063-2015	16/01/2015-31/01/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$1.805.000.00
1077-2015	01/02/2015-28/02/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.610.000.00
1077-2015	01/03/2015-31/03/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.610.000.00
1077-2015	01/04/2015-30/04/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.742.126.00
1077-2015	01/05/2015-31/05/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.742.126.00
1077-2015	01/06/2015-30/06/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.742.126.00
1077-2015	01/07/2015-31/07/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.742.126.00
1077-2015	01/08/2015-31/08/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.742.126.00
1077-2015	01/09/2015-30/09/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.742.126.00
1077-2015	01/10/2015-31/10/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.742.126.00
1077-2015	01/11/2015-30/11/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.742.126.00
1077-2015	01/12/2015-27/12/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.118.438.00
1077-2015	27/12/2015-31/12/2015	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$623.688.00
1077-2015	01/01/2016-31/01/2016	PSICOLOGA	EJECUTADO	\$3.742.126.00

JENNY ANDREA GOYES VARGAS

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de orden de prestación de servicios regulada por el manual de contratación del Hospital de Usme I Nivel ESE y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos que reposa en la entidad.

La anterior se expide a solicitud de la interesada a los (18) días del mes de febrero de 2016.

Cordialmente;

SADAY G. LAROTTA VELANDIA
Coordinadora Oficina de Contratación

Elaboró: Alix Téllez

Para verificar la validez de este documento favor comunicarse al teléfono 766 06 66 Ext. 1005.
Código de Verificación: ZG6:LTN@=

Código postal: 110541 Hospital de Usme I Nivel ESE

Carrera 13 # 135A - 42 sur
PBX: 766 0666
www.esusme.gov.co
Línea 195



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

Formato para elaboración de oficio. Código: 110541-01-01-001-001-001

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.518.025

GOYES VARGAS
APELLIDOS

YENNY ANDREA
NOMBRES

Yenny Andrea Goyes V

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUL-1980**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O+

G.S. RH

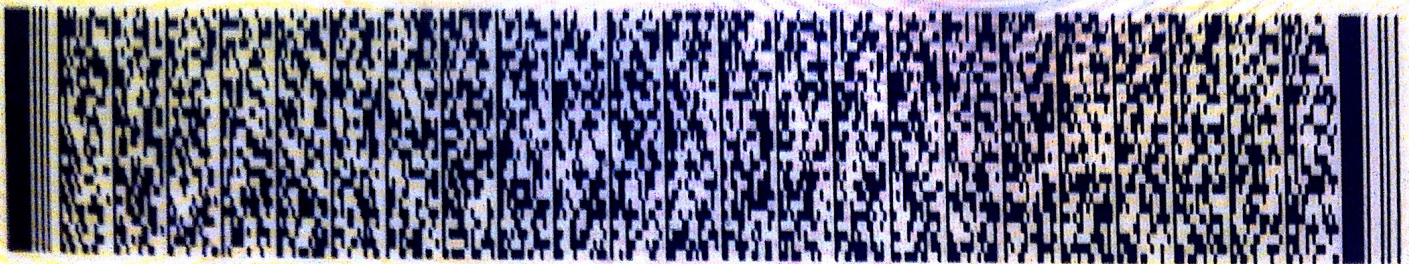
F

SEXO

15-JUL-1998 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500114-47150094-F-0052516025-20060803

0125406215A 02 186039394



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

ANLISCA
Módulo Único de Inscripción, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14409503703



(415)770721248984(B020)0000014409503703

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 5 1 6 0 2 5

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 2 5 1 6 0 2 5

27. Fecha expedición:

1 9 9 8 0 7 1 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GOYES

32. Segundo apellido

VARGAS

33. Primer nombre

YENNY

34. Otros nombres

ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal:

CR 11 34 48 SUR BRR PIJAOS

42. Correo electrónico:

andreagoyesv@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 6 1 1 5 2 6

45. Teléfono 2:

3 1 3 4 6 1 7 0 7 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 0 0 3 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

8 6 9 9

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 0 1 2 2 0

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

1 1

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	1	2	5																							

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 ☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 8 0 3 2 3

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

De 18 Decreto 2480 de Noviembre de 2013

del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984 Nombre GOYES VARGAS YENNY ANDREA

985 Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 23-03-2018

Hora: 1:42:35 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE **NIT** 52516025-9 **YENNY ANDREA GOYES VARGAS**

Información General

Dirección KR 11 34 48 SUR BRR PIJAOS

Teléfonos 3611526/3134617071

Dirección electrónica andreagoyesv@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 31/08/2012

Soporte Inscripción 14506668

Fecha Inicio Actividades 01/10/2005

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002812219

Fuente ICA TE TOCA

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 Bogotá D.C. Colombia

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Colegio Colombiano de Psicólogos



YENNY ANDREA

GOYES VARGAS

C.C. 52.516.025

Por el desarrollo de la psicología
y el ejercicio ético de la profesión



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 5562 de 13/05/2010
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GOYES VARGAS YENNY ANDREA Identificado(a) con CC número 52516025 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TÍTULO de PSICOLOGO(A) otorgado por LA UNIV.NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA "UNAD" el día 18/12/2009 y registrado en el libro 12 Folio 132 año 2009

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a GOYES VARGAS YENNY ANDREA identificado(a) con CC número 52516025 expedida en BOGOTÁ D.C para ejercer la profesión de PSICOLOGO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 13/05/2010

Dr. Hernán Redondo Gómez

Director de Desarrollo
de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GÓMEZ.

Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C. 21-05-2010

A la fecha notifiqué personalmente al

señor (a) *Yenny Goyes*

CC. # *52516025*

Firma *Yenny Goyes*





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

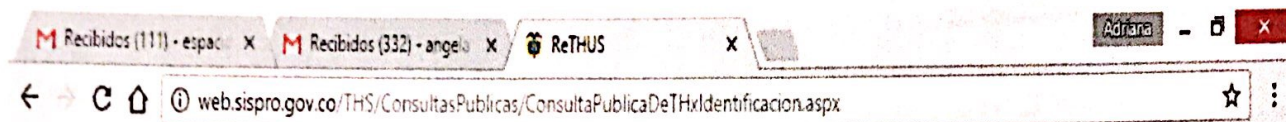
CERTIFICADO DE INSCRIPCION



YENNY ANDREA
GOYES VARGAS
C.C. 52516025

PSICOLOGO(A)

Expedicion 21/07/2010



ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

52516025

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 52516025, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.



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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Yeny Andrea

Apellidos:

García Vargas

Documento
de identidad:

C.C. X.T.I. Pasaporte

No.

52576025

Fecha de
Nacimiento:

Día 13 Mes 07 Año 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	13-12-2016		
	2	14-01-2017		
	3	03-03-2017		
		R2 4 MAR 2018 1434034 020 125		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO



OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

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



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

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

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 15/03/16 INGRESO ☒ EGRESO ☐ PERIODICO ☐ TRAB. EN ALTURAS ☐ ESPAC. CONFINADOS ☐ MAN. ALIMENTOS ☐

NOMBRE YENNY ANDREA GOYES VARGAS

CEDULA 52.516.025

TELEFONO O CELULAR

3134617071

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO ☒ AUDIOMETRÍA ☐ VISIOMETRÍA ☐ ESPIROMETRÍA ☐ LABORATORIO CLÍNICO ☐ PRUEBA VESTIBULAR ☐

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA ICBF

CARGO PSICOLOGA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

☒

APTO CON RESTRICCIONES

APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO

☐

APLAZADO

APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

☐

NO APTO

RESULTADO EXAMENES MEDICO

OBSERVACIONES EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: TINNEL, PHANEL, JOBE, LASAGUE Y SIMMOND: NEGATIVO

TIPO DE RESTRICCION NINGUNA.

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016/7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas - charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, gtc 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo.

Pablo Hernández
Edu. Higiene y Seguridad Ocupacional
Eso. Gestión Integrada Q1015
LSC 533409

Yenny Goyes Vargas
FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

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

Principal: Cra. 21 No. 26-52 sur. Tel: 278 3189 FAX: 408 19 86 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 sur - Tel: 239 7687
Barrio Olaya - centromedicoolaya@gmail.com



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

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

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

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

FECHA: 31-05-18 CIUDAD: BOGOTÁ D.C. DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitiremos adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No. 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: GOYES SEGUNDO APELLIDO: VARGAS PRIMER NOMBRE: YENNY SEGUNDO NOMBRE: ANDREA
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: No. IDENTIFICACIÓN: 52516025 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 1998-07-15
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐
FECHA NACIMIENTO: 1980-07-13 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ PAÍS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASA ☐ DIVORCIADO(A) ☐ EN LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: 1 NÚMERO DE HIJOS: 0 TELEFONO CELULAR: 3134617091

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TÍTULO ☐ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☐ CUAL: Promoción en Salud y Desarrollo Humano Psicóloga

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Kr 11 34-48 Sur CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAÍS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 3611526

CORREO ELECTRÓNICO: andreagoyes1989@gmail.com PORTAL O PÁGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: No. IDENTIFICACIÓN: LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD):
CC ☐ CE ☐ RC ☐ NUP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA ☐
CUAL:
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☐ IVA SI ☐ NO ☒ 8692 8699
NO ☒ ICA SI ☒ NO ☐
PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA ☐
GRAT. CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒


Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-F1-011
 VERSIÓN: 02
 FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PÚBLICO: ☐ SI ☒ NO
 ADMINISTRAR RECURSOS PÚBLICOS: ☐ SI ☒ NO
 NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: ☐ GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ ID ☐ MIT **9009390511**

EXPORTACIONES: ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRAS: ☒ CUAL: **X**

DIRECCION DE LA EMPRESA: **0934 5 43** TELEFONO: **3 4444 84** CIUDAD/MUNICIPIO: **BOGOTA** DEPARTAMENTO: **CUNDINAMARCA** PAIS: **COLOMBIA**

CARGO ACTUAL: **PROFESIONAL UNIVERSITARIA** FECHA VINCULACION: **09-09-2016**

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	2 000 000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
MEMORARIOS	2 800 000	ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	6 000 000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2 800 000	TOTAL EGRESOS	2 000 000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	6 000 000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES
 (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte, debe ser localizable en Hora de Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RONCALLO	RODRIGUEZ	GABRIEL	EDUARDO
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
C11 223 3 48 20	BOGOTA	AMIGOS	3 156 222 056

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuentas de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	1776098319	ESTRADA	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ☐ SI ☒ NO

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:
 IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRAS ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/ FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 005 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1712 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

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

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

DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO, AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y las estándares 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 Ley 1581 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también 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 Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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 comparados, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados, internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud realice gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y el control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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 harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas obligaciones a responderlas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: salud@subredcentroorientesalud.gov.co), b) cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de



Ministerio de Salud
Superintendencia del Sector de Salud
Centro Oriente ESE

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

CÓDIGO: ET-CA-ET-0-1
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-21

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION
QUE ME FUE ADMINISTRADO ES EXACTA Y VERDADERA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Genny andrea Goyes v.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Certificado de Afiliación

La Señora YENNY ANDREA GOYES VARGAS , identificada con Cédula Ciudadanía 52.516.025, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	YENNY ANDREA GOYES VARGAS		
Número de identificación:	52516025	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	KR 11 34 48 SUR BARRIO PIJAOS	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	3611526	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52516025	GOYES VARGAS YENNY ANDREA	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	17105232	CC	HERNANDO GOYES CRESPO	01/08/2017	VIGENTES		PADRE
BENEFICIARIO	41675661	CC	ILMA SOFIA VARGAS LEON	01/08/2017	VIGENTES		MADRE

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 28 días del mes de Mayo de 2018, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) YENNY ANDREA GOYES VARGAS identificado(a) con C.C No. 52.516.025, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 28 de mayo del 2018.

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

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



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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52516025

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Yenny

Primer Nombre

Andrea

Segundo Nombre

Goyes

Primer Apellido

Vargas

Segundo Apellido

13-07-1980

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Crr 11 # 34-48221

Dirección de Residencia

3611526

Teléfono Fijo

Medimas

EPS - Salud

Colfondos

AFP - Pensiones

\$ 2.800.000.

Honorarios

Profesional Universitaria Psicóloga.

Escriba su perfil tecnico o profesión

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

andregoyesvargas@gmail.com

Correo Electrónico

3134617091

Celular

Yenny Andrea Goyes V.

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 110342196



WEB

22:14:42

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 28 de mayo del 2018

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) YENNY ANDREA GOYES VARGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52516025:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 28 de mayo de 2018, a las 22:18:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52516025
Código de Verificación	52516025180528221836

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.



NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO





Bogotá D.C., 28 de Mayo de 2018 - 22:22 pm

**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) **YENNY ANDREA GOYES VARGAS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS DIECISEIS MIL VEINTICINCO** de BOGOTÁ D.C.

52516025

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **5_8H197_2122**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 22:24:39 horas del 28/05/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **52516025**
Apellidos y Nombres: **GOYES VARGAS YENNY ANDREA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



Gobierno en
Línea

Todos los derechos reservados.



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2016/03/16

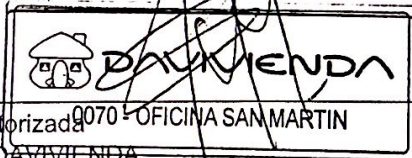
Por medio de la presente hacemos constar que la señora YENNY ANDREA GOYES VARGAS
con Cédula de Ciudadanía número 52516025
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 001770078317

Fecha Apertura 2006/03/02

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda
NIT. 860.034.3
AH 170-1 Rev. 1