FORMATO N° 1

23 SEP 2026

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

SEÑORES
E.S.E POPAYÁN
CIUDAD

OBJETO
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICOS EN SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTIÓN AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025, DEL MUNICIPIO DE CALDONO de conformidad con lo requerido por la entidad.

La suscrita **FAISURY VELASCO GUETIO** de acuerdo con las bases del proceso hacemos la siguiente propuesta para **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICOS EN SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTIÓN AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025, DEL MUNICIPIO DE CALDONO**

en caso que sea aceptada nos comprometemos a firmar el contrato correspondiente.

Declaramos así mismo:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.

- Que ninguna persona distinta a los firmantes, tiene interés comercial en ésta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

- Que conocemos la información general y demás documentos del presente proceso y que aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

- Que no nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la ley y que no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

- Que hemos visitado los sitios en los cuales se van a ejecutar las obras y analizado los distintos aspectos (ubicación, acceso, condiciones de los predios, etc.), (si aplica).

- Que, si se nos adjudica el contrato, nos comprometemos a constituir las garantías requeridas y a suscribir éstas y aquél d|1entro de los términos señalados para ello.

- Manifiesto (amos) el conocimiento y aceptación y cumplimiento de todas las especificaciones técnicas contenidas en el proceso y en tal sentido me obligo con la entidad a dar cumplimiento estricto a los mismos en caso de que se adjudique el contrato.

- Que las firmas realizadas en todos los documentos de la propuesta son veraces, no son falsificadas ni alteradas.

Atentamente,

NOMBRE DEL PROPONENTE **FAISURY VELASCO GUETIO**
C. C. No. 1060101113
CORREO ELECTRÓNICO faisuryvelascoguetio@gmail.com
CIUDAD: Popayán



(FIRMA DEL PROPONENTE)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Velasco	Guetio	Faisury Vianir

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1060100113

GENERO: F ⊗ M ○ NB ○

NACIONALIDAD: COL. ○ EXTRANJERO ○ PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES 04 AÑO 1997

PAÍS

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

VEREDA 20 DE JULIO

PAÍS COLOMBIA DEPTO CAUCA

MUNICIPIO CALDONO

TELÉFONO 3138771875 EMAIL faisuryvelascoguetio@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
LA INSTITUCION ASESORIAS PARA EL DESARROLLO Y LA EDUCACION EMPRESA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	12	2016

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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*

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	03	*Año*	2022	*Día*	13	*Mes*	04	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 38 5 4					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* AVENIDA 5A NORTE 23 46					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS						
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO			DIRECCIÓN						

7 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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.060.100.113**

VELASCO GUETIO

APELLIDOS

FAISURY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ABR-1997**

CALDONO
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-ABR-2015 CALDONO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1101600-00707700-F-1060100113-20150523 0044266411A 1 41608525

23 SEP 2026

FORMATO CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

SEÑORES
E.S.E POPAYÁN
CIUDAD

OBJETO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICOS EN SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTIÓN AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025, DEL MUNICIPIO DE CALDONO conformidad con lo requerido por la entidad.

EL SUSCRITO DECLARA QUE:

CONOZCO LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA CONTRATAR CON LAS ENTIDADESESTATALES DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES: 80 DE 1993, 1150 DE 2007, 1474 DE 2011 Y DEMÁS NORMASSOBRE LA MATERIA.

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO, QUE NO ME ENCUENTRO PERSONAL NATURAL ( ) , PERSONA JURÍDICA ( ), INCURSO EN NINGUNA DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 127 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, EN LOS ARTÍCULOS 8º Y 9º DE LA LEY 80 DE 1993, 199 ARTÍCULO 18 DE LA LEY 1150 DE 2007, Y ARTÍCULO 2.2.1.1.2.2.5 DEL DECRETO 1082 DEL 2015 Y EN LAS DEMÁS NORMAS QUE LAS ACLAREN, MODIFIQUEN O DEROGUEN, ASÍ COMO EN LAS DEMÁS NORMAS CONCORDANTES Y VIGENTES SOBRE LA MATERIA, COMO LO ES EL ARTÍCULO 90 DE LA LEY 1474 DE 2011. DE IGUAL FORMA MANIFIESTO QUE NO ME ENCUENTRO O LA(S) PERSONA(S) POR MI REPRESENTADA(S) NO SE ENCUENTRA(N) EN EL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

DADO EN EL MUNICIPIO DE _____ A LOS _____ DEL MES _____ DEL 20_____

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPONENTE
C.C.NO. 1060101113
NIT:

(ES OBLIGATORIA LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMATO CON LA PROPUESTA Y DEBE SER DILIGENCIADAPOR CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO Y/O UNION TEMPORAL, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR).

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACION	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	1060100113
NOMBRES	FAISURY
APELLIDOS	VELASCO GUETIO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	CALDONO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA A.I.C. EPSI	SUBSIDIADO	01/12/2010	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/30/2026 11:40:27	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES"

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información, en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Powered by CamScanner

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:

FAISURY VELASCO GUETIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.060.100.113**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Agosto 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.

7:10 ··· Consulta ... ria.gov.co

gov.co

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

Datos del ciudadano

Señor(a) FAISURY VELASCO GUETIO
identificado(a) con Cédula de ciudadanía
Número 1060100113.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certifica
de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría

OTRAS ENTIDADES

Hora Legal Colombiana

Defensoría del Pueblo

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 jueves 16 de julio de 2026, a las 11:37:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1060100113
Código de Verificación	1060100113260716113738

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

Generó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:37:00 AM horas del 16/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1060100113**

Apellidos y Nombres: **VELASCO GUETIO FAISURY**

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.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/07/2026 11:38:15 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1060100113** y Nombre: **FAISURY VELASCO GUETIO.**

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. **143982078** . 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

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 1060100113 **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 25/08/2026 04:32 PM

Código Verificación: **3C4H67JFBX**

Válida hasta: **23/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 11:40:30 horas del 28/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1060100113,** Apellidos y Nombres **VELASCO GUETIO FAISURY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SE POPAYAN**, con NIT **891580006-4** 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.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

23 SEP 2026

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

Ciudad y Fecha

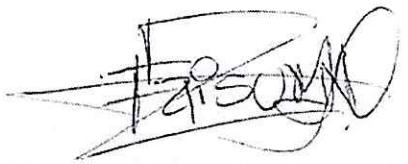
SEÑORES
E.S.E POPAYÁN
CIUDAD

OBJETO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICOS EN SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTIÓN AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025, DEL MUNICIPIO DE CALDONO de conformidad con lo requerido por la entidad.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el **E.S.E POPAYÁN** de lo siguiente:

1. **LA E.S.E POPAYÁN** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la ley
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por el **E.S.E POPAYÁN** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales.
6. Mediante la página web de la entidad **E.S.E POPAYÁN** podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
7. **LA E.S.E POPAYÁN** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E POPAYÁN** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales
9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado De forma voluntaria y es verídica.

DADO EN EL MUNICIPIO DE _____ A LOS _____ DEL MES _____ DEL 20_____



NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPONENTE
C.C.NO. 1060101113
NIT:

(ES OBLIGATORIA LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMATO CON LA PROPUESTA Y DEBE SER DILIGENCIADA POR CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO Y/O UNION TEMPORAL, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR).

Sistema Gestión de Calidad	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFT	FGADM-01 VERSIÓN 1 Fecha: Diciembre 2016 Pagina 1 de 3

Fecha de diligenciamiento: 16 07 2026 Ciudad: Caldono C. Tipo de Solicitud: Nuevo ☐ Actualización ☐

Clase de vinculación: Empleado [X] Proveedor servicios salud ☐ Proveedor suministros ☐ Contratista ☐

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: Velasco Guetio Nombres: Faiber

CC [X] CE ☐ RUT ☐ Otro ☐ Cuál ☐ No 1060100113 Fecha Nacimiento 27 04 1997.

Lugar de Nacimiento: Caldono Nacionalidad: Colombiana Ocupación/Oficio: Agricultura - Varios.

Profesión: Aux en enfermeria Teléfono: 313 877 1875 Celular: 313 877 1875.

Dirección Residencia: Vereda 20 de Julio Municipio: Caldono

Ingresos Mensuales: $ 1'000.000. Egresos: $

Activos: $ 10'000.000 Pasivos: $

Patrimonio: $ 6'000.000 Otros Ingresos: $

Concepto otros ingresos:

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: NIT: DV:

Tipo de Empresa: Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Sector de la Economía: CIIU:

Tipo de Contribuyente: Rég. Común ☐ Gran Contribuyente ☐ Otras Entidades:

Fecha de constitución Cámara de Comercio: d d / m m / a a a a Correo electrónico empresarial:

Dirección Oficina Principal: Municipio: Tél.:

Dirección Sucursal/Agencia: Municipio: Tél.:

Representante Legal: primer apellido / segundo apellido / primer nombre / segundo nombre

CC ☐ CE ☐ Otro ☐ Cuál ☐ No. Fecha Nacimiento: d d / m m / a a a a

Identificación socios o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aportes o participación (si requiere más espacio anexe relación)

ID	Número ID	Apellidos y Nombres	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?	¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	¿Está obligado a declaración tributaria en otros países? Cuales
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	

Ingresos Mensuales: $ Egresos: $

Activos: $ Pasivos: $

Patrimonio: $ Otros Ingresos: $

Concepto otros ingresos:

3. PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos? Si ☐ No ☐

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si ☐ No ☐

¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? Si ☐ No ☐

¿Existe algún vinculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Si ☐ No ☐

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? Si ☐ No ☐

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1 Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

2 La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.

3 Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4 Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen:

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐

Transferencias ☐ Otras ☐ Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el exterior? Si ☐ No ☐ Posee cuentas bancarias en moneda extranjera? Si ☐ No ☐

Tipo de producto	Identificación del producto	No. del producto	Monto $	Ciudad	País	Moneda

6. DECLARACIÓN DE NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con la suscripción de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel nacional o internacional para el control de lavado de activos o financiación del terrorismo; así mismo me responsabilizo entre la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E., porque mis empleados, accionistas, miembro de junta directiva o junta de socios, representante legal y revisor fiscal, tampoco se encuentra en dichas listas y me comprometo a actualizar anualmente la información o en un tiempo menor en caso de que ocurra cambios en la información suministrada a la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E.

7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de éste documento autorizo a la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E. A:

1 Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalia General de la Nación.

2 Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen no provendrán de actividades

ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contrarien las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con la E.S.E. Popayán a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

La E.S.E. Popayán terminara de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o accionistas y/o administradores llegaran a ser:

1 Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.
2 Sea vinculado en listas para el control de lavados de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.
3 Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en ésta cláusula.

El suscriptor de éste documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E. Popayán por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E. Popayán por parte del suscripto de las obligaciones que apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E. Popayán por o con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a la E.S.E. Popayán y a los terceros que éste le indique.

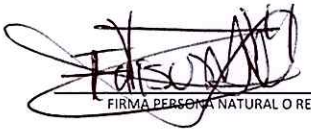
8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1	Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica	X
2	Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal	
3	Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas	

9. 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 presente documento





FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de la información		La Cédula de Ciudadanía coincide con el nombre suministrado
		Se confirma los datos registrados en el formato
Verificación de las siguientes listas		Lista emitida por el concejo de Seguridad de las Naciones Unidas (ONU)
		Lista SDN personas y empresas sancionadas por el gobierno de E.U.A.
		Lista de los mas buscados por Interpol
		Antecedentes Judiciales Policía
		Antecedentes Fiscales
		Antecedentes Disciplinarios
		Lista FBI
		Otra

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en listas informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACIÓN		ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN	
Nombre			
Tipo y Número de Documento		Tipo y Número de Documento	
Cargo		Cargo	
Extensión		Extensión	
Fecha	/ /	Hora	
Fecha	/ /	Hora	

Certificación
Bancaria

Lunes, 28 de julio de 2025

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que FAISURY VELASCO GUETIO identificado(a) con CC 1060100113, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	07733908101	2022-03-14	Activo	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

VIVASALUD
Occupational Health

Dra. Andrea Delgado Tovar
NIT. 1061762839
RM: 1061762839 - LICENCIA 2752
Calle 10 N #11-31 B/ santa clara
Cel. 3042089463 - E-mail. vivasaludoh@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.118

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	07 MES	2026 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
E.S.E. POPAYAN SINTRAUNPROS	ESE POPAYAN SINTRAUNPROS A

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
VELASCO GUETIO FAISURY	FEMENINO	29 AÑOS 3 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1060100113 (Número)

Cargo: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

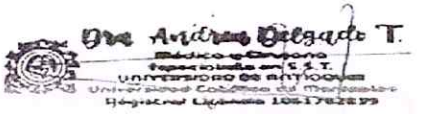
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

LA PACIENTE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD SEGÚN CRITERIO MÉDICO QUE GENERAN LIMITACIÓN PARA DESEMPEÑAR DICHOS CARGOS DE FORMA TEMPORAL SEGURA PERJUDICIALES A SU SALUD, A SU SEGURIDAD O A LA SEGURIDAD DE TERCERO. SE RECOMIENDA EL USO DE TAPABOCAS PARA UN ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD TANTO A NIVEL LABORAL COMO EXTRA LABORA CORRESPONDIENTES SEGÚN PROTOCOLOS DE OMS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



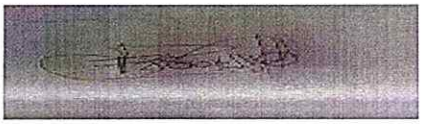
Firma:

Nombre: CC: 1061762839 - TANIA TOVAR

R. M.: 1061762839 **L.S.O.:** 2752

Código de Seguridad
W1203C1I7118

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VELASCO GUETIO FAISURY

CC: 1060100113



Centro Educativo
Asesorías Educativas para el Desarrollo Regional
" ASEDER "
Santander de Quilichao, Cauca

Institución aprobada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Cauca según Resolución No. 2258 del 21 de Noviembre de 2002

Confiere a:

FAISURY VELASCO GUETIO

T.I. 1'060.100.113 de Caldono, Cauca

El Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber culminado satisfactoriamente los estudios de Educación Media. Este título habilita plenamente al educando para ingresar a la Educación Superior en cualquiera de sus niveles y carreras de pregrado. Art. 18 Ley 115/94

Soridelba Garzón Sandoval
Rectora

Anotado en el Control Interno Libro No 3

Expedido en Santander de Quilichao, Cauca, a los (21) días del mes Junio de 2013

German Alberto Alvarez Muñoz
Secretario

Powered by CamScanner

ACTA DE GRADO Nº. 23

En Santander de Quilichao, Cauca; a los Veintiún (21) días del mes de Junio de 2014 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del Ciclo seis, los suscritos Rectora y Secretario en la Institucion del :

CENTRO EDUCATIVO
ASESORIAS EDUCATIVAS PARA EL DESARROLLO REGIONAL
" ASEDER"

Institución aprobada por la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento del Cauca según Resolucion No. 2258 del 21 de noviembre del 2002 para el Nivel de Ciclos Lectivos Especiales Integrados de la Educación Media Formal de Adultos en la forma que lo determina el Decreto 3011 de 1997; para otorgar el Titulo de:

BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

FAISURY VELASCO GUETIO
T.I. 1'060.100.113 de Caldono, Cauca

ASEDER
ASESORIAS PARA EL DESARROLLO REGIONAL

Es fiel copia tomada del Acta Original Nº. 23 consagrada en el libro No 3, en los folios 26 y 27 de fecha 21 de Junio de 2014 que consta de 55 estudiantes

Que comienza con el nombre de:
Bomba Chilo Ruth Viviana
Y se cierra con el nombre de:
Yonda Ramos Hubert

Expedido en Santander de Quilichao, Cauca; a los (21) días del mes Junio de 2014

Soridelba Garzón S.
Soridelba Garzón Sandoval
Rectora

Germán Alberto Alvarez muñoz
Secretario General

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

La Institución Asesorías Para El Desarrollo y La Educación Empresa Asociativa de Trabajo
"ADE- EAT"

Con autorización oficial de conformidad al Acuerdo N° 00055 del 30 de marzo de 2016, de la Comisión Intersectorial para El Talento Humano en Salud, en sesión del 22 de febrero de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional

Certifica la Aptitud Ocupacional por Competencias Laborales a:

Faisury Velasco Guetio

C.C. 1,060,100,113 Caldono, Cauca

En la modalidad de:

Auxiliar En Enfermería
Intensidad 1600 Horas

Dada en Santander de Quilichao, Cauca; a los (10) días del mes Diciembre de 2016

María Teresa Álvarez Muñoz
Rectora

German Alberto Alvarez Muñoz
Secretario

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
LA INSTITUCION ASESORIAS PARA EL DESARROLLO Y LA EDUCACION
"ADE-EAT"

En la ciudad de Santander de Quilichao, Cauca; a los (10) días del mes de Diciembre de 2016 y de conformidad Acuerdo N° 00055 del 30 de Marzo de 2016, de la Comisión Intersectorial para El Talento Humano en Salud, en sesión del 22 de febrero de 2016 del Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Educación Nacional; se celebró la sesión solemne con el fin de otorgar Certificado en Aptitud Ocupacional por Competencias Laborales en Auxiliar en Enfermería a estudiantes de la Institución, previo el juramento reglamentario.

El acto de graduación estuvo presidido por la Directora de la Institución, señora **MARIA TERESA ALVAREZ MUÑOZ.**

LA INSTITUCION
ASESORIAS PARA EL DESARROLLO
Y LA EDUCACION
"ADE-EAT"

Confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencia Laborales en:

Auxiliar En Enfermería

Intensidad horaria 1600 horas

A:

Faisury Velasco Guetio

C.C. 1,060,100,113 Caldono, Cauca

Quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales.
Dada en Santander de Quilichao, Cauca; a los (10) días del mes de Diciembre del 2016.
No requiere autenticación (Decreto 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de La República)

MARIA TERESA ALVAREZ MUÑOZ
C.C. 31.204.261
Directora

GERMAN ALBERTO ALVAREZ MUÑOZ
C.C. 10.478.051
Secretario General

Calle 3 N° 10 - 56 Segundo Piso
Santarder de Quilichao, Cauca

Powered by CamScanner

POLITECNICO INTERNACIONAL DE OCCIDENTE

Licencia de funcionamiento Resolución No. 4143.0.21.9502 del 16 de Diciembre de 2016
Institución de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Ley 1064 de 2006 y Decreto 4904 de 2010
Autorizado por la Secretaría de Educación Municipal de Santiago de Cali.

CERTIFICA

QUE:

Faisury Velasco Guetio

C.C. 1.060.100.113

CUMPLIO Y APROBO EL

DIPLOMADO EN

CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Con una intensidad de **160** horas Teórico practicas
Desarrolló satisfactoriamente el plan de estudio requerido

ALEXANDER GARZÓN MARTINEZ
Director Académico

JHON MAURICIO GUERRERO
Director General

Dado en Santiago de Cali, Valle del Cauca a los 02 días del mes de Junio de 2018

Powered by CamScanner

CLINICA VERSALLES

MEDICINA DE CALIDAD AL ALCANCE DE TODOS

LA SUSCRITA DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) VELASCO GUETIO FAISURY, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1060100113, laboró en nuestra institución desde el 10 de noviembre de 2021 hasta el 29 de diciembre de 2021 desempeñándose en el cargo AUXILIAR CENTRAL ESTERILIZACION . El motivo de retiro es voluntario. Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali el 29 de diciembre de 2021.

Cordialmente,

MÓNICA PATRICIA HERRERA ARENAS
Directora de Gestión Humana

Powered by CamScanner

Clínica
Imbanaco
Grupo Quirónsalud

CERTIFICADO

Certifico que el (la) señor (a) FAISURY VELASCO GUETIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1060100113 de Caldono, laboró en CLINICA IMBANACO S.A.S. desde el día 16 del mes de Marzo de 2022 hasta el 13 del mes de Abril del 2023 ,mediante contrato de trabajo TERMINO INDEFINIDO desempeñando la ocupación de AUXILIAR DE CENTRAL DE ESTERILIZACION.

Para constancia se expide este certificado en la ciudad de CALI, a los 26 días del mes de Julio de 2023 .

NOTA: ESTE CERTIFICADO NO ES VÁLIDO SI PRESENTA ENMENDADURAS.

Clínica Imbanaco
GESTIÓN HUMANA

DANIELA RODRIGUEZ OLAYA
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

Powered by CamScanner

República de Colombia

Gobernación del Departamento del Cauca

RESOLUCION NÚMERO 19- 07943 - 07 - 2018

Por la cual se concede una autorización para el desempeño de una Profesión.

El Profesional Especializado de la Secretaria de Salud Departamental del Cauca, en uso de sus atribuciones legales y de conformidad con el Decreto número 1875 del 03 de Agosto de 1994, modificado parcialmente por el Decreto 1352 de 2000 y Resolución 11302 de 06 de Diciembre de 2013 de la Gobernación del Departamento del Cauca, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO:

Que, **FAISURY VELASCO GUETIO,** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. **1.060.100.113** de **Caldono,** ha solicitado el registro del certificado de **APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES EN LA MODALIDAD DE AUXILIAR EN ENFERMERIA,** que le otorgó **LA INSTITUCION ASESORIAS PARA EL DESARROLLO Y LA EDUCACION EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO "ADE,EAT",** con sede en **Santander de Quilichao,** 10 de Diciembre de 2016, según Acta No. **41,** del Libro No. **3,** Folio No. **49.**

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **FAISURY VELASCO GUETIO,** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. **1.060.100.113** de **Caldono,** para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA,** en todo el Territorio Nacional.

Que dicho (a) **AUXILIAR** se encuentra debidamente registrado (a) en el Libro de Registro de **AUXILIARES DE ENFERMERIA** No.**15,** Folio No. **188,** Registro No. **15634.**

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente Resolución quedará Inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS).

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.

Dada en Popayán, a los 05 JUL 2018

GERARDO ESPINOSA NAVIA
Profesional Especializado

Preparó: Sandra Soraya Serrano
Profesional Universitario

Revisó: Aura Elcira Zuñiga G.
Técnico Administrativo

Powered by CamScanner

8:16 ···

piar

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-07-28 → 8:16:03 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1060100113	FAISURY		VELASCO	GUETIO	Vigente	Ver

Popayán, 23 SEP 2026

Doctor:
JUAN CARLOS COTAZO URREA
Gerente E.S.E Popayán.

Referencia: Propuesta prestación de servicios de apoyo a la gestión.

De la manera más atenta, me permito presentar ante usted la siguiente propuesta de prestación de servicios de apoyo a la gestión con el propósito de cumplir con el siguiente objeto: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICOS EN SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTIÓN AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025, DEL MUNICIPIO DE CALDONO** y de conformidad con lo requerido por la entidad.

Dentro de las actividades que se desarrollaran se encuentran:

N°	ACTIVIDAD	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	META
1.	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio	mensual	Cada reporte debe contener los siguientes ítems: 1. Informe de mapeo, 2. cartografía social abordaje en el micro territorio que incluya 3. registro fotográfico y 4. listas de asistencia De acuerdo a la caja de herramientas suministrada por el ministerio de salud y protección social.	Meta de auxiliar por día: 5 Meta de auxiliar por semana (5 días): 25 Meta de auxiliar por mes (22 días): 100 Meta total del microterritorio (2 meses):200 Meta total territorio (2 meses): 800
2	Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas	mensual	1. Informe de proceso 2. Evidencias fotográficas. 3. Registro de asistencia.	
3	Caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el micro territorio	diario, semanal y mensual	200 formatos de identificación de necesidades y riesgos.	
4	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación	Mensual	1. Base de datos de solicitudes para afiliaciones 2. Actas de gestión de afiliación.	
5	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno	Diario, semanal y mensual	1. Base de datos de educación, 2. Evidencias fotográficas. 3. Registros de asistencia.	

6	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	Diario, semanal y mensual	1. Base de datos de educación, 2. Evidencias fotográficas. 3. Registros de asistencia.	
7	Canalizar la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	diario, semanal y mensual	Instrumento de canalizaciones diligenciado	
8	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	diario, semanal y mensual	Instrumento de seguimiento diligenciado	
9	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	diario, semanal y mensual	Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS del MSPS: 1. SIAPS 2. bases de datos de caja de herramientas: base de seguimiento, indicadores). 3. Seguimiento de ejecución diaria. 4. Cronograma mensual 5. Indicadores de ruta. 6. Informe cuantitativo por microterritorio/ territorio	
10	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y micro territorios abordados por el equipo	Mensual	1. Actas de trabajo comunitario 2. Evidencias fotográficas. 3. Registros de asistencia.	
11	apoyar toma de muestras de laboratorio	diario, semanal y mensual	1. Plan de capacitación 2. Registros de participación. 3. Base de datos de usuarios intervenidos.	
12	Apoyar proceso de vacunación	diario, semanal y mensual	1. Plan de capacitación 2. Registros de participación. 3. Base de datos de usuarios vacunados	

13	Apoyar procesos administrativos de gestión documental y diligenciamiento de bases de datos.	Mensual	1. Carpetas que documentan el proceso de intervención individual, familiar y comunitario. 2. Carpetas que documentan el proceso administrativo y de gestión intersectorial y comunitario. 3. Cajas de archivo que contienen todo el proceso de gestión documental desarrollado por el equipo básico en el territorio asignado con las normas de gestión documental establecidas por la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E	

El valor de la propuesta económica por la prestación de servicios, será hasta la suma **NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE ($9.000.000), que serán cancelados en cuotas mensuales por valor de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000) o proporcionales a la fracción de mes.**

Quedo a su disposición para cualquier comentario adicional o aclaración sobre el particular.

Cordialmente,



FAISURY VELASCO GUETIO
C.C. No. 1060100113
Dirección residencia: Vereda 20 de Julio - Caldono (Cauca)
Correo electrónico: faisuryvelascoguetio@gmail.com
Celular No. 3138771875

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

ITIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1060100113. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

Departamento Cauca Municipio Caldono

ción vereda 20 de Julio Teléfonos 313 813 84 11. - 313 877 1875.

ENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Jhoan Velasco Guetio	1058734947	hijo

LARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS CULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** A M**FICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, ORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

os 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	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

as 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
Bancolombia	Ahorros	077-339081-07		0 $.

lis 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

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 C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

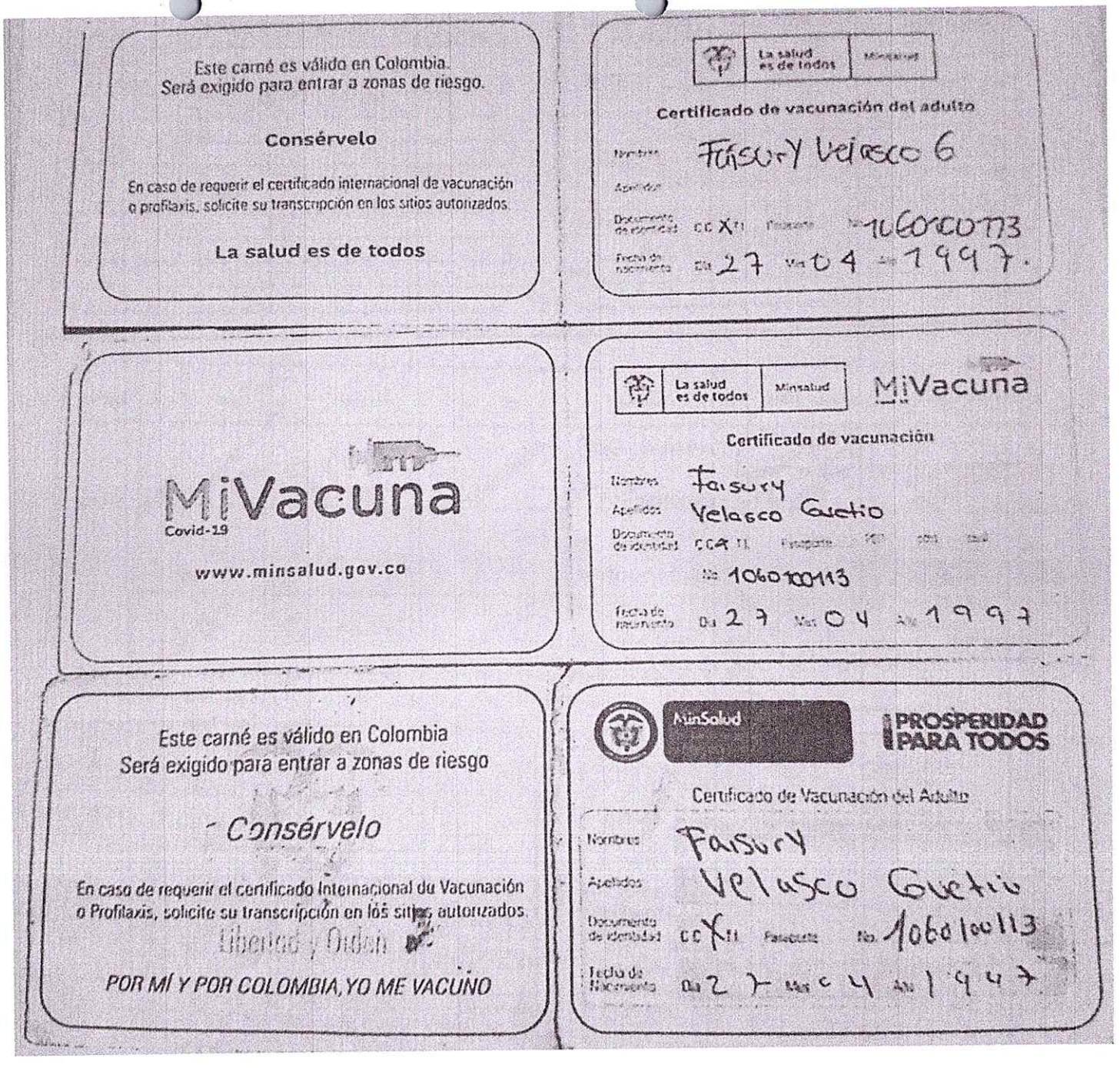
DAFP-OAP

CARNET DE VACUNACIÓN

NOMBRE: NIP:

VACUNA	DOSIS	FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	LOTE	LAB	FIRMA Y SELLO
TÉTANO	1						
Td	2						
	3						
DTPa	Ref						
HEPATITIS B	1						
	2						
	3						
HEPATITIS A	1						
	2						PRODUMEDIHOS Nit. 900.439.346-3
VARICELA	1	20	ENE	2025	X027167		
	2	20	ENE	2026	X019620-25		
INFLUENZA	1						
NEUMO 23	1						
	Ref						
MENINGOCOCO BC	1						
	2						
MENACTRA	1						
M.M.R.	1						
FIEBRE AMARILLA	1						
FIEBRE TIFOIDEA	1						
V.P.H.	1						
	2						
	3						
REFUERZOS	1						
	2						
OTRAS							

Powered by CamScanner



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.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Fabry Velasco 6
Apellidos:
Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 1060CO773
Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 04 Año 1997.

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud — MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Fabry
Apellidos: Velasco Cuetio
Documento de identidad: CC TI Pasaporte No. 1060100113
Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 04 Año 1997

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: Fabry
Apellidos: Velasco Cuetio
Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 1060100113
Fecha de Nacimiento: Día 27 Mes 04 Año 1997

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Nombre y firma
Sarampión Rubéola	1			
Fiebre Amarilla	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Influenza estacional	1	2 NOV 2021	V4365	Colmena
		23/6/23	230047	Carmen
Otra				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	Nombre vacunador	Unidad de vacunación
COVID-19	1	6-Noviembre 2021	Sinovac	20210008A1	Esperanza P. A. Caldera	A162-283-085
	2	11-03-22	Sinovac	C20210 8158	Clinica imbanaco	Clinica Imbanaco Grupo Quirónsalud Diana Rocio Cotacio S.
		23 OCT 2023	SINOVAC	20211213-5	Empresa Social Del Estado POPAYAN E.S.E. Puesto De Atencion Calderas VACUNACIÓN	AUXILIAR EN ENFERMERIA REG. C.C. 1.06[illegible] 1060675155

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2	20/06/5	024/300 ZC	Carolina
	3	28/7/16	022737	Viviana
	4	23/10/23	2352404	Carmen
	5			
Contra Hepatitis B	1	8-02-16	1434021-01	Carolina
	2	30 JUL 2016	1434021	PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS
	3	22/07/23	0342Y0058	Ximena
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	15436	20/06/5	Carolina
Contra Influenza				
HEP. A	1	01-02-16	AHAV811237	
Virus de Papiloma Humano	2	30 JUL 2016	J05576	PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS
H-A	3	22/07/23	AHAV811Z	Ximena
MMR	1	20/06/5	013N3003	Carolina

Powered by CamScanner