FORMATO COMPLETO

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
Reyes	Chinome	Deissy Alejandra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1019021407	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 09 MES 01 AÑO 1988	CARRERA 103 129C 28			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO		EMAIL	alejandrareyesch09@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)

EDUCACION BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2004

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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	6		X	ADMINISTRACION FINANCIERA			
PREGRADO	6	X		ADMINISTRACION EN SALUD RES 76-0458	11	2011	
PREGRADO	4	X		TECNICO PROFESIONAL EN ADMINISTRACION EN SALUD	05	2008	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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)

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		ADMINISTRACION Y RECUPERACION DE LA CARTERA DE CREDITOS	09	2022
El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		USO DE EXCEL Y ACCESS PARA EL DESARROLLO DE APLICACIONES ADMINISTRATIVAS EMPRESARIALES	06	2016

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 VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION SANIDAD POLICIA NACIONAL			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 5804400	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	09	Mes	06	Año	2026	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO PROFECIONAL	DEPENDENCIA CUENTAS MEDICAS						DIRECCIÓN CALLE 44 50 51					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EMPRESARIAL JARBSALUD IPS SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3173833970	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA DE GLOSAS	*DEPENDENCIA* AREA FINANCIERA - FACTURACION, PRESUPUESTO					*DIRECCIÓN* CALLE 33 15 51						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5804400	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	10	*Año* 2025	*Día*	15	*Mes*	05	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICOS PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* CUENTAS MEDICAS					*DIRECCIÓN* CALLE 44 50 51						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CLINICA HOSPITAL JUAN N. CORPAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6622222	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	22	*Mes*	08	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE EN FACTURACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 111 159A 61						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAPITAL SALUD EPS - S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 74277257	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 'TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AUDITORIA DE CUENTA MEDICAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 29C 73 23						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5300470	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	05	*Año* 2013	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE CARTERA Y RADICAC	*DEPENDENCIA* CARTERA Y RADICACION					*DIRECCIÓN* CALLE 167 72 7						

FORMATO COMPLETO

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	12	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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 Alejandro Reyes 18 de Septiembre 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

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.

Bogotá 18 Sept 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Bogotá, D.C. 18 de septiembre 2026

Capitán
MARTHA YANETH ACEVEDO GOMEZ
Jefe Grupo Auditoria Cuentas Medicas y Concurrencia
Bogotá D.C.

ACEPTACION DE SERVICIOS

Yo, **DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME** identificada con la cedula de ciudadanía No. 1019021407 de BOGOTA., presento mi ofrecimiento de servicios para la "*PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNICO PROFESIONAL EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD* **Grupo Auditoria Cuentas Medicas y Concurrencia**, por un plazo de ejecución de un (01) meses y siete (7) días vigencia 2026 y ocho (08) meses de la vigencia 2027 con honorarios, por un valor mensual de **DOS MILLONES SEISCIENTOS DOS MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE. ($2.602.590,00)**

La prestación de servicios incluye las siguientes actividades:

ITEM	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	ENTREGABLE	HORAS SEMANA
1	Recepcionar y entregar de manera controlada a central de cuentas. los paquetes de facturas de contratos centralizados para el proceso auditoría de cuentas medicas por parte de los médicos auditores.	Informe mensual de auditorías realizadas, registro de novedades y recomendaciones, a través de comunicación oficial periodicidad mensual.	2
2	Apoyar al auditor de cuentas, en la verificación de los soportes de cada cuenta, de acuerdo a los servicios de salud prestados y lo estipulado en el acuerdo de voluntades.	Informes técnicos y administrativos con sus soportes, los cuales serán entregados a través de comunicación oficial periodicidad trimestral.	3
3	Llevar el control de las cuentas médicas recepcionadas, las entregadas a los auditores médicos, las auditorías realizadas, las glosas generadas y las conciliaciones realizadas por cada auditor de cuentas en una matriz de Excel.	Reporte mensual de la matriz en línea con central de cuentas periodicidad mensual.	3
4	Apoyar al auditor de cuentas en la notificación a las entidades prestadoras de salud para la conciliación de las facturas, mediante comunicación oficial, y/o correo electrónico, recepción de respuestas glosas del médico auditor de la IPS, notificación al auditor de cuentas.	Informe mensual relacionando los comunicados oficiales y correos electrónicos con cada una de las entidades.	4
5	Apoyar al auditor de cuentas en las actividades de la verificación de la facturación sin respaldo presupuestal.	Informe mensual de auditorías realizadas, registro de novedades y recomendaciones, a través de comunicación oficial periodicidad mensual.	5
6	Apoyar en la realización de informes a las solicitudes allegadas por defensa judicial Nivel País.	Informe de las respuestas emitidas a las solicitudes de defensa judicial, a través de comunicada oficial periodicidad trimestral.	5
7	Realizar capacitación y retroalimentación del módulo de cuentas al personal nuevo del grupo y unidades desconcentradas, verificación del funcionamiento del sistema, recepción de novedades a nivel nacional del sistema, reporte de novedades a la oficina de telemática DISAN., cuando se implemente al ciento por ciento.	Acta de socialización de la actividad realizada a través de gepol, lista de asistencia y memorias de la actividad periodicidad mensual.	4

8	Realizar el seguimiento de la asignación y novedades de equipos tecnológicos del grupo.	Informes mensuales de la supervisión a los elementos tecnológicos.	4
9	Realizar actualización del directorio de todo el personal que labora en los grupos de cuentas médicas a nivel País.	Comunicado oficial, periodicidad mensual de la actualización de información a nivel país.	4
10	Realizar actividades de Gestión documental relacionadas con las actividades del grupo.	Informe de relación de las planillas de gestión documental, periodicidad semestral.	3
11	Apoyar la elaboración de documentos relacionados con las actividades del grupo y demás actividades que sean requeridas.	Informe de los comunicados oficiales de las actividades realizadas en la dependencia y de los procesos que se deriven de ellas, periodicidad mensual.	3
12	Apoyar el área de GUMEC en el grupo de concurrencia y recobros cuando se requiera.	Informe de actividades a través de comunicación oficial.	2
13	Apoyar la gestión, actualización, validación y seguimiento de la información registrada en el Sistema Integrado de Información de Auditoría y Facturación (SIIAF), relacionada con la recepción, organización y trámite de las cuentas médicas, garantizando la integridad y oportunidad de los registros y la adecuada gestión de las novedades identificadas durante el proceso de auditoría.	Registro en el módulo SIIFA	2

Así mismo, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la República, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la Ley 610 del 2000.

Respetuosamente

DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME
Identificación 1.019.021.407 de BOGOTA
Dirección: carrera 103 n° 129 c - 28, Bogotá D.C.
Teléfono: 3107926786
Email: alejandrareyesch09@hotmail.com

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-09-18 14:56

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DEISSY	ALEJANDRA	REYES	CHINOME

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1019021407

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 "]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$7.436.001,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$7.436.001,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.478.667,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Alejandra Reyes

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa Distrital

Ramón de Zubiría

Autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., según Resolución No. 1862 del 24 de Junio de 2002

Confiere a:

Deissy Alejandra Reyes Chinome

T.I. 880109-58037 de Santafé de Bogotá D.C.

el Título de:

Bachiller Académico

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



Rectora

Secretaria

Anotado al Folio No. 26 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 3

Dado en Bogotá D.C. a 26 de noviembe de 2004

No requiere registro, "según Decretos No 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995"

Fise

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME

con documento de identificación No. CC.1019021407

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título

de

TECNÓLOGO EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

CON NIVEL DE INGLÉS B2

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en BOGOTÁ

a los 04 días del mes de Noviembre de 2011.

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR(A) CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

1293800 21/10/2011
Número y Fecha Registro

Libro 9 Folio 1 de 2011

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.019.021.407

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral basado en competencias y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad le confiere el

Título

Para desempeñarse como:

TÉCNICO PROFESIONAL EN

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD

Con una duración de 2640 Horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente Título en Bogota D. C.
A los Doce (12) días del mes de Mayo de Dos Mil Ocho (2008)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2008TP00368 12/05/2008
No Y FECHA DE REGISTRO

6. Analizar y evaluar el resultado de la comprobación de derechos de los usuarios cobrados por el pagador.
7. Evaluar desde los soportes presentados, historias clínicas del usuario los registros de atención.
8. Evaluar de la correlación del estado clínico del usuario y los diagnósticos con el empleo de medicamentos, procedimientos terapéuticos, laboratorio clínico y de imágenes diagnósticas
9. Verificar que los servicios facturados por el prestador a la Eps hayan sido efectivamente prestados y recibidos por el usuario.
10. Verificar en cantidad y en calidad que los servicios y productos facturados hayan sido efectivamente suministrados al usuario, mediante comprobación en las notas de enfermería que incluye hoja de administración de medicamentos.
11. Verificar que las facturas de acuerdo con el servicio prestado tengan los soportes que exige la normatividad vigente de acuerdo con la modalidad de contratación, mecanismos de pago con el prestador o el marco normativo vigente.
12. Verificar las cláusulas y condiciones del contrato: tarifas acordadas.
13. Realizar conciliación directa con los prestadores, donde se evalué la pertinencia médica y demás motivos de glosa.
14. Acompañar técnicamente a los grupos de trabajo asignados.
15. Acompañar los procedimientos de capacitación.
16. Registrar de acuerdo con los procedimientos definidos por la EPS-S la información de auditoría y/o conciliaciones definidas.
17. Cumplir con la asignación de auditoría, tiempos de conciliación definidos por la EPS.

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: TREINTA (30) DE MAYO DE 2024

VIGENCIA INICIAL DEL CONTRATO: CUATRO (4) MESES

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: ONCE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($ 11,980,000).

PRORROGAS Y/O ADICIONES Y/O MODIFICACIONES DEL CONTRATO: SI X NO

OTROSÍ No.	FECHA	PRÓRROGA	ADICIÓN
OTROSÍ No. 1	19/09/2024	DESDE 04/10/2024 HASTA 31/01/2025	ONCE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS PESOS M/TE ($11.680.500),
OTROSÍ No. 2	29/01/2025	DESDE 01/02/2025 HASTA 30/04/2025	NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/TE ($9.452.220)

LA SUSCRITA

YULIETH JIMENA RAMÍREZ CRUZ
COORDINADORA DE CONTRATACIÓN
CAPITAL SALUD EPS-S SAS
NIT: 900.298.372-9

CERTIFICA:

Que consultado el archivo contractual de la EPS-S se encontró que la señora **DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME** identificada con cédula de ciudadanía No. **1019021407**, en calidad de contratista, suscribió el contrato que se relaciona a continuación:

CONTRATO No. CS-AD-064-2024

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios ejecutando actividades de auditoria en salud y de cuentas medicas en la facturación presentada por los prestadores de servicios de salud dentro de la implementación y ejecución del modelo integral de atención en salud, la contratación realizada con alcance al marco legal normativo vigente y retrospectivo de acuerdo con la fecha de radicación, glosa y/o conciliación de auditoría de cuentas médicas.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Conforme a lo establecido en la Cláusula Séptimo enel numeral 7.2. del Contrato, se acordaron las siguientes obligaciones específicas que continuación se describen:

1. Definir criterios de auditoría de acuerdo con la asignación realizada por el supervisor.
2. Generar, analizar y definir procedimientos de monitoreo a los contratos asignados.
3. Revisar el 100% de las facturas objeto de auditoría de los servicios prestados a los usuarios afiliados al Régimen Contributivo y Subsidiado de la EPS tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio (Urgencias, Cirugía Ambulatoria, Cirugía Hospitalaria, Procedimientos de Alto Costo, Ambulancias, Medicamentos, Hospitalización, etc.), inicia desde la recepción de las facturas de las IPS objeto de auditoría, incluye la revisión sistemática e integral de la cuenta, del orden administrativo, finalizando con el registro de las glosas generadas y la aprobación de esta, acorde con los parámetros estipulados en la Resolución 3047 de 2008.
4. Realizar un diagnóstico del proceso actual de radicación efectuada por el prestador la auditoría realizada en concordancia con el del modelo actual de la EPS y contratado con un prestador o los prestadores asignados y/o las normas legales vigentes para auditoría de cuentas médicas.
5. Evaluar qué servicios cobrados por el prestador se encuentren en el marco de un contrato entre la EPS y un prestador o que se encuentren en el acorde a las normas legales vigentes.

Clínica LaColina

Calle 167 No. 72-07 • PBX: 489 7000
www.clinicalacolina.com
Bogotá D.C. - Colombia

ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS 900.582.598-3

HACE CONSTAR QUE:

DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nro. **1019021407**, laboró con la compañía desde el **14 de mayo de 2013** hasta el **19 de diciembre de 2023.**

Su último cargo desempeñando fue **AUXILIAR DE CARTERA Y RADICACION.**

Esta constancia se expide a solicitud del(a) interesado(a), en la ciudad de Bogotá, **19 de diciembre de 2023**

CLÍNICA LA COLINA S.A.
NIT. 900.582 598-3
GERENCIA DE PERSONAS

YUBELIS REDONDO CASTRO
Jefe de Gestión de Personas

**Si desea confirmar ésta información, comuníquese al teléfono 5300470 Ext. 2925 / 7400 - en Bogotá.

JS

FECHA FINAL DEL CONTRATO: 30 DE ABRIL DE 2025

VALOR FINAL DEL CONTRATO: TRENTA Y TRES MILLONES CIENTO DOCE MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE. ($33,112,720).

ESTADO DEL CONTRATO: TERMINADO

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los Cuatro (04) día del mes de Julio del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

LIETH YMENA RAMÍREZ CRUZ
COORDINADORA DE CONTRATACIÓN
CAPITAL SALUD EPS-S SAS

Elaboró: Liseth Nayibe Fandiño Martin- Técnica Administrativa
Revisó: Luz Maricela Triana Garavito Profesional Especializado de Contratación

FUNDACION CLINICA HOSPITAL JUAN N CORPAS
Departamento de Desarrollo Humano

NIT. 860055083-8

CONSTANCIA

El Jefe de Relaciones Laborales y Contratación de **FUNDACIÓN CLÍNICA HOSPITAL JUAN N. CORPAS, con Nit. 860.055.083-8**, hace constar que el trabajador(a) **DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME**, identificado(a) con cédula de Ciudadanía No **1019021407**, tuvo un contrato a TÉRMINO FIJO, desde el día 23 de julio de 2025 hasta el día 22 de agosto de 2025, ocupando el cargo de **ASISTENTE ADMINISTRATIVO FACTURACIÓN**.

Se expide en Bogotá, D.C., el día 22 de agosto de 2025.

Cordialmente,

PEDRO SAMUEL HERNANDEZ PINEDA
Jefe de Relaciones Laborales y Contratación

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:44:13 AM horas del 23/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1019021407**

Apellidos y Nombres: **REYES CHINOME DEISSY ALEJANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República · Ministerio de Defensa Nacional · Portal Único de Contratación · GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

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, 23/10/2026 11:45:40 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1019021407** y Nombre: **DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME.**

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. **150177750** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305298992

PIB
11:46:53

Bogotá DC, 23 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019021407:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 23 de octubre de 2026, a las 11:44:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1019021407
Código de Verificación	101902140726102311444 5

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

Banco de Bogotá

NIT.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.019.021.407 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 062513965, abierta/o desde el 31/7/2026.

Se expide en Bogotá el día 23 del mes de Octubre del año 2026 con destino a: Direccion de Sanidad Policia Nacional

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO.

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME identificado(a) con Cedula Ciudadania 1019021407, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20251009	VIGENTE

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ALEJANDRO REYES CHINOME	HI	1016603595	TI	20260225	No Registrada	Activo
VLADICK ARTURO SANABRIA REYES	HI	1031814235	TI	20090413	20090623	Retirado

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Octubre de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 34079696

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

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 11:45:54 horas del 23/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1019021407,** Apellidos y Nombres **REYES CHINOME DEISSY ALEJANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **POLICIA NACIONAL**, con NIT **830041314-4** 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.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

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 1019021407 **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 23/10/2026 11:35 AM

Código Verificación: Y543DFLAZW

Válida hasta: **23/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME identificado(a) con Cedula Ciudadania 1019021407, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20251009	VIGENTE

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ALEJANDRO REYES CHINOME	HI	1016603595	TI	20260225	No Registrada	Activo
VLADICK ARTURO SANABRIA REYES	HI	1031814235	TI	20090413	20090623	Retirado

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Septiembre de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 33684157

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

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:

DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.021.407**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 18 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Dr CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA

Médico Esp SST Reg habilitación: **110013384301** NIT: **80086785**
Prestador independiente consulta ext. Intramural
Telemedicina Secretaria de Salud de Bogotá
Dirección: Calle 127 # 19A - 44 Consultorio 609
Cel: 313 218 4279
www.carlosbernal.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.990

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
REYES CHINOME DEISSY ALEJANDRA	FEMENINO	37 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1019021407 (Número)
	Teléfonos			

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

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

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	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL ANUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Carlos Bernal Sierra, Médico Esp. Gerencia SST, Licencia 5128

Nombre: CC: 80086785 - CARLOS EDUARDO BERNAL

R. M.: 86140 -2010 L.S.O.: 5128

Código de Seguridad
K367Q1W32990

Aspirante o Trabajador

Firma: Deissy Alejandra Reyes

Nombre: REYES CHINOME DEISSY ALEJANDRA

CC: 1019021407

Bogotá; D.C, 18 septiembre de 2026

Señores
Dirección de Sanidad
Policía Nacional
Ciudad

Yo **DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.019.021.407 de Bogotá certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que NO he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2026.

DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME
Identificación 1.019.021.407 de Bogotá
Dirección: Carrera 103 Nº 129 c 28
Teléfono: 3107926786
Email: alejandrareyesch09@gmail.com

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

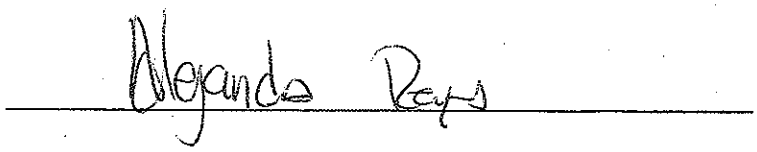
Fecha de toma del consentimiento: 18/septiembre/ 2026

Hora: 2:00 pm

Lugar de toma del consentimiento: Edificio Dirección de Sanidad Policía Nacional

Yo, Deissy Alejandra Reyes Chinome Identificado con cédula de ciudadanía número 1.019.021.407.

Mediante el presente documento legal autorizo para consultar los antecedentes en Línea en la página de la Dirección de Investigación Criminal e INTERPOL habilitada con el número de cédula, de acuerdo a la Ley 1918 de 2019 donde se adiciona como inhabilidad "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidad a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones".

Firma 

Posfirma 

Número de Cédula 1.019.021.407 de Bogotá.

GUDES – GUTIC – 2.55

La Policía Nacional, considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que esta implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, *DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME* Identificado con Cédula de Ciudadania No. 1019021407, con domicilio en Bogotá carrera 103 nº 129 c 28, quien cumple funciones en la empresa dirección de sanidad , en el cargo" *prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como técnico profesional en auxiliar administrativo en salud,* en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato X convenio _____ acuerdo _____ No. _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Administrador de Seguridad de la Información, Analista de Seguridad de la Información, Técnico Tecnologías de la Información y las Comunicaciones o quien hagas sus veces en la unidad, el cual reportará el incidente al Grupo de Seguridad de la Información y Respuesta a Incidentes informáticos – CSIRT-PONAL.

Esta declaración comienza con la firma del contrato, convenio o acuerdo que genera vínculo con la Policía Nacional y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo. Este compromiso debe ser firmado nuevamente cada vez que se suscriba un contrato con la Policía Nacional, y debe reposar junto con las hojas de vida de los funcionarios contratistas que van a cumplir funciones con la Institución.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas o cualquier otra información vinculada con su rol en la Institución.
- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual, acuerdo o convenio.
- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información, por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo o fiscal a que haya lugar.
- Si una orden judicial obligara a EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información clasificada o reservada, este se compromete a dar aviso previo a la POLICÍA NACIONAL de modo que la Institución pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material clasificado o reservado.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material clasificado o reservado que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material clasificado o reservado, una vez finalizada la relación contractual o laboral.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CONVENIO o ACUERDO.

- El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.
- El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material clasificado o reservado, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado la Política de Seguridad de la Información que se encuentran en el Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento.
- Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo o fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Bogotá, el 18 días del mes de Septiembre del año 2026

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma: Alejandra Reyes

Post-Firma: Alejandra Reyes

Identificación 1019021407

Empresa: Técnico Profesional en auxiliar Adm. en Salud

Cargo:

INFORMACIÓN PÚBLICA RESERVADA

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

DEISSY ALEJANDRA REYES identificado con CC 1.019.021.407 como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [18] del mes de [septiembre] de [2026]

DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

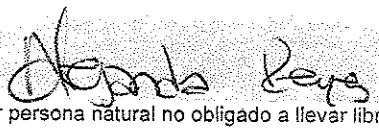
CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

DEISSY ALEJANDRA REYES identificado con CC 1.019.021.407 como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [18] del mes de [septiembre] de [2026]



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada de la supervisión del contrato
	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNICO PROFESIONAL EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD	17/10/2025	16/05/2026	$17.433.291,23	DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME	DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL	CT. MARTHA YANETH ACEVEDO
	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNICO PROFESIONAL EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD	09/06/2026	08/11/2026	$ 13.012.950	DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME	DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL	CT. MARTHA YANETH ACEVEDO

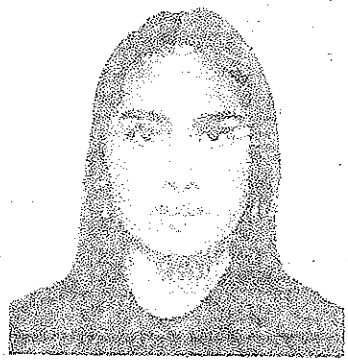
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.021.407

REYES CHINOME
APELLIDOS

DEISSY ALEJANDRA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-FEB-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

P-1500111-47147932-F-1019021407-20060612 0245406163A 02 190915255

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1.TIPO DE BENEFICIARIO

1.2 Consorcio o Unión Temporal		1.11 Persona Natural Extranjera	
1.2 Departamento		1.12 Persona Natural Nacional	X
1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera		1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	
1.4 Empresa Pública Nacional Financiera		1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	
1.5 Establecimiento Público Nacional		1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	
1.6 Gobierno Extranjero		1.16 Regional sin NIT Especial	
1.7 Municipio		1.17 Resguardo	
1.8 Otra Pública Departamental		1.18 Sociedad de Economía Mixta	
1.9 Otra Pública Municipal		1.19 Universidad Pública	
1.10 Otro Beneficiario		1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado	

2.TIPO DE DOCUMENTO

2.1 Cédula de Ciudadanía	X	2.4 Otro Tipo de Documento	
2.2 Cédula de Extranjería		2.5 Pasaporte	
2.3 Número de Identificación Tributaria		2.6 Tarjeta de Identidad	

NUMERO DEL DOCUMENTO [1][0][1][9][0][2][1][4][0] - [7]

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

3.TIPO DE RETENCION

3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente		3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor	
3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro		3.6 Régimen Común	
3.3 Gran contribuyente Autoretenedor		3.7 Régimen Simplificado	X
3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor			

4.NOMBRE O RAZON SOCIAL Deissy Alejandra Reyes Chinome

5.PAIS Colombia

6.CIUDAD Bogota

7.TELEFONO Y FAX 310 792 67 86

8.DIRECCION Carrera 103 Nº 129 c 28

9.E-MAIL alejandrareyesch99@gmail.com

4. INFORMACION DE LA CUENTA

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA BANCO DE BOGOTA

2.NUMERO DE LA CUENTA [ ][ ][0][6][2][5][1][3][9][6][5][ ][ ]

3.CLASE DE CUENTA CORRIENTE [ ] AHORROS [X]

ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA:18 SEPTIEMBRE 2026

Alejandra Reyes

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que DEISSY ALEJANDRA REYES CHINOME, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.019.021.407 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 062513965, abierta/o desde el 31/7/2026. Activa

Se expide en Bogotá el día 3 del mes de Agosto del año 2026

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141246226830

(415)7707212489984(8020) 000014124622683 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 9 0 2 1 4 0 7	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 9 0 2 1 4 0 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
REYES	CHINOME	DEISSY	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 103 129 C 28 BRR LAGOS DE SUBA

42. Correo electrónico: alejandrareyesch09@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 7 9 2 6 7 8 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 0 8 1 0 2 9							

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
4	9																								

53. Código 49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-04-16 / 07:32:48PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre REYES CHINOME DEISSY ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO DOCUMENTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141250856729

(415)7707212489984(8020) 000014125085672 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 9 0 2 1 4 0 7	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 9 0 2 1 4 0 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
REYES	CHINOME	DEISSY	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 103 129 C 28 BRR LAGOS DE SUBA

42. Correo electrónico: alejandrareyesch09@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 7 9 2 6 7 8 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 0 8 1 0 2 9						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-05-11 / 10:07:28AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre REYES CHINOME DEISSY ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO