

Doctor

**HUMBERTO LOPEZ NARVAEZ**

**JUEZ VEINTISIETE (27) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

**SECCIÓN SEGUNDA**

Bogotá D.C. - Cundinamarca

Medio de control: Nulidad y restablecimiento del derecho  
Expediente: 11001-33-35-027-2017-00390-00  
Demandante: YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZÓN  
Demandado: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**JULIAN LIBARDO CARRILLO ACUÑA**, mayor de edad, domiciliado civil y profesionalmente en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con C.C. No. 1.010'171.454 de esa misma ciudad, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 227.219 otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de apoderado especial de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** entidad creada mediante el Acuerdo 641 del seis (6) de abril de 2016 del Concejo de Bogotá D.C. y representada legalmente por la Dra. **CLAUDIA LUCÍA ARDILA TORRES**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.610, nombrada mediante Decreto Distrital No. 098 del 30 marzo de 2020 y Acta de Posesión del primero (1º) de abril de 2020 en calidad de Gerente, me dirijo a usted respetuosamente con el fin dar cumplimiento a lo ordenado por ese Despacho en auto de fecha primero (1º) de julio del año 2020, notificado por estado del día dos (2) del mismo mes y año, por medio del cual se dispuso "(...) *REQUERIR a los Gerentes de las entidades demandadas para que en el TERMINO DE TRES (3) DÍAS, contados a partir del día siguiente del recibo de la comunicación, alleguen lo ordenado, so pena de dar aplicación a la sanción prevista en el numeral 3º del artículo 44 del C.G.P.*".

Por lo anterior, me permito allegar al Despacho los siguientes documentos:

1. Respecto del primer requerimiento, me permito allegar al Despacho en dos (2) folios, certificación No. 1998 expedida por la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. en la cual se relacionan todos los contratos de prestación de servicios suscritos con la demandante durante el periodo del año 2012 al año 2019.
2. Respecto del segundo requerimiento, es preciso resaltar su señoría que mi antecesora, la Dra. LUZ DARY MARTÍNEZ PARRA, el treinta y uno (31) de octubre del año 2019 radicó memorial en el cual se adjuntó en un (1) CD, "(...) *los convenios interadministrativos suscritos entre el otrora Hospital Rafael Uribe Uribe y el Fondo Financiero de Salud, cuya información ha sido remitida por la Subgerencia de Servicios de Salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.*"; para tal efecto, me permito allegar con la presente respuesta, en un (1) folio, copia del memorial radicado en esa oportunidad.
3. En lo concerniente al tercer requerimiento, me permito allegar en un (1) folio, copia del oficio sin número suscrito por la Directora Técnica de Urgencias, Dra. DAISY MERCEDES BORRERO CAMPOS por medio del cual se da respuesta al requerimiento No. 20193500137442 informando que "*En atención a su solicitud radicada en la Dirección en donde se solicita lo correspondiente (...) "4. Copias de todas las agendas de trabajo, cuadro de turnos en donde fue programado la accionante durante el tiempo de vinculación" (...) De acuerdo a la revisión realizada en la base de datos del personal vinculado a través de orden de prestación de servicios durante el periodo de febrero 2017 y enero 2018 la auxiliar de enfermería YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZÓN no registra perteneciente al proceso de atención pre Hospitalaria*".
4. Por último, y respecto del quinto requerimiento, allego al presente memorial copia de los documentos que reposan en la Dirección de Contratación a nombre de la demandante, los cuales fueron aportados por ella dentro del proceso de contratación a cargo de la entidad.

Frente al requerimiento previsto en el numeral 4, cabe señalar que de lo referido por el Despacho en el auto de fecha primero (1º) de julio de 2020 se concluye que estos ya reposan en el expediente, motivo por el cual, no resulta ser necesario volverlos aportar en la presente respuesta.

Por otro lado, es procedente resaltar su señoría que, dichos requerimientos fueron elevados a las diferentes áreas de la Subred Centro Oriente sin que a la fecha se haya podido conocer información diferente a la aquí referida, así las cosas, solicito señor Juez que se abstenga de imponer cualquier

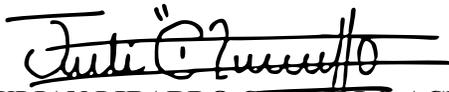
tipo de sanción a los funcionarios de esta entidad toda vez que, existió por parte de cada área de la entidad, una completa disposición de colaborar con lo ordenado por su Despacho; ahora bien, considerando que las diferentes oficinas siguen buscando información que pueda ser de utilidad para el señor Juez, de resultar exitoso el procedimiento, el suscrito apoderado procederá a ponerlo en conocimiento del Despacho en el menor tiempo posible.

Del mismo modo, me permito allegar con el presente memorial el poder a mi conferido para la representación de la entidad, por lo anterior, solicito su señoría se me reconozca personería jurídica para actuar en el presente proceso conforme a lo señalado en el poder anexo.

Por lo anterior, informo al Despacho que recibiré notificaciones en la Diagonal 34 No. 5 – 43 o al correo electrónico [notificacionesjudiciales@subredcentrooriente.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@subredcentrooriente.gov.co), del mismo modo atenderé cualquier requerimiento en el número de celular 3112915424.

Con profundo respeto me suscribo.

Atentamente,



**JULIAN LIBARDO CARRILLO ACUÑA**

C.C. No. 1.010'171.454 de Bogotá D.C.

T.P. No. 227.219 del C. S. de la J.



Consecutivo No. 1998

**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**SE PERMITE INFORMAR QUE:**

La señora **YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON**, identificada con CC. N°52.966.701, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CONTRATO
473/2012	15-11-2012	28-02-2013	\$ 4.904.907
141/2013	01-03-2013	31-08-2013	\$ 8.737.771
1171/2013	09-09-2013	28-02-2014	\$ 7.750.000
439/2014	10-06-2014	02-02-2015	\$ 11.650.000
562/2015	03-02-2015	31-01-2016	\$ 18.449.000
759/2016	11-02-2016	30-02-2016	\$ 984.770
1084/2016	01-03-2016	31-05-2016	\$ 4.980.501
02 PS 0305 2016	01-08-2016	09-01-2017	\$ 6.148.800
PS 1721 2017	10-01-2017	09-01-2018	\$ 17.828.400
PS 1041 2018	10-01-2018	31-01-2019	\$ 21.310.520
PS 1360 2019	01-02-2019	31-07-2019	\$ 9.757.440

Con una suspensión del contrato 1171-2013 a partir del 17 de enero de 2014 hasta el 31 de enero de 2014

**OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS ÚLTIMO CONTRATO**

1. Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad. 2. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica digital. 3. Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento. 4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. 5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. 6. Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. 7. Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente. 8. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. 9. Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999. 10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. 11. Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. 12. Mantener organizadas las Historias Clínicas de conformidad con el manual de Historias clínicas vigentes para la entidad. 13. Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato. 15. Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. 16. Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y realizar los

traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran.17. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.18. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.19. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados.20. Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal. 21. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.22. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.23. Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes. 24. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. 25. Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 20 días del mes de junio de 2019.

La presente certificación se expide con base en la información que se encuentra registrada en las Bases de Datos de las vigencias anteriores al 31 de marzo de 2016, transferidas por los antiguos Hospitales que conforman la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., según las disposiciones del Decreto No. 029 de 2015 que reglamenta el proceso de entrega y/o transferencia de los archivos públicos de las entidades que se suprimen, fusionen, privaticen o liquiden; y que desarrolla el artículo 20 de la Ley 594 de 2000 y el artículo 39 del Decreto Ley 254 de 2000, y con la información de las bases de datos de la Subred a partir del 1 de abril de 2016

Para mayor información favor comunicarse al celular 3045952563 o dirigirse a la Avenida Caracas # 33A-11, Dirección de Contratación OPS.

Cordialmente,



**BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ**  
Directora Contratación

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

*Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.*

Proyecto: Adonay Neira Joiro-Técnico Administrativo OPS

Revisó: Lidia Mayorga Lancheros - Abogado Contratista Referente OPS

**NOTA:**

**ME PERMITO INFORMAR QUE SE ENCUENTRAN EN BUSQUEDA POR PARTE DE GESTION DOCUMENTAL LAS ADICIONES Y PROROGAS CORRESPONDIENTES AL CONTRATO 562/2015 DEL 3 AL 31 ENERO DE 2016, Y LAS ADICIONES Y PROROGAS CORRESPONDIENTES AL CONTRATO 1084/2016 DEL 1 AL 31 DE MAYO DE 2016**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Subred Integrada de Servicios  
de Salud Centro Oriente E.S.E.

(2)

Señores

**JUZGADO VEINTISIETE (27) ADMINISTRATIVO ORAL DE BOGOTÁ, D. C.  
SECCIÓN SEGUNDA**

E.

S.

D.

Referencia: NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO  
Radicado: 11001333502720170039000  
Demandante: YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON  
Demandado: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO  
ORIENTE E.S.E.

**Asunto: COMPLEMENTACION RESPUESTA REQUERIMIENTO**

Con un cordial saludo, de manera atenta me permito adjuntar en un (1) cd, los Convenios interadministrativos suscritos entre el otrora Hospital Rafael Uribe Uribe y el Fondo Financiero Distrital de Salud, cuya información ha sido remitida por la Subgerencia de servicios de Salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Confidencialmente,

**LUZ DARY MARTINEZ PARRA**  
C.C. N° 1.014.178.683 de Bogotá  
T.P. 192.888 C.S de la Jud.

COMUNICACION  
RECIBIDA

2018 OCT 31 PM 12 18

OFICINA DE APOYO  
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS

238000



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Subred Integrada de Servicios  
de Salud Centro Oriente E.S.E.

Señor:  
**ANIBAL HUMBERTO SUAREZ CASTAÑEDA**  
Secretario  
Juzgado veintisiete Administrativo de oralidad Circuito Judicial de Bogotá.  
Bogotá.

Asunto: RESPUESTA INFORMADO No.20193500137442

Reciba un cordial saludo,

En atención a su solicitud radicada en la Dirección en donde se solicita lo correspondiente (...) "4. Copias de todas las agendas de trabajo, cuadros de turnos en donde fue programado la accionante durante el tiempo de vinculación" (...) de acuerdo a la respuesta de la líder de Sistema de referencia y contrarreferencia, y el Director técnico de urgencias de la Subred Integrada de servicios de salud Centro Oriente E.S.E. informa:

De acuerdo a la revisión realizada en la base de datos del personal vinculado a través de orden de prestación de servicios durante el periodo Febrero 2017 y Enero 2018 la auxiliar de enfermería **YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON** no registra perteneciente al proceso de Atención Pre Hospitalaria.

Cordialmente,



**DAISY MERCEDES BORRERO CAMPOS**  
Director Técnico de Urgencias  
Subred Integrada de servicios de salud Centro Oriente E.S.E.

Elaboró: Luz Guiselle Linares Jiménez. – Referente SIRC - Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.  
Revisó: Dra. Daisy Mercedes Borrero Campos – Directora Técnica Servicios de Urgencias – Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.  
Aprobó: Dra. Daisy Mercedes Borrero Campos – Directora Técnica Servicios de Urgencias – Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

# **YEIMY YURANI MANRIQUE PINZON**

**AUXILIAR DE ENFERMERIA**



*Auxiliar de enfermería con experiencia en el cuidado del adulto mayor, primeros auxilios, administración de micronutrientes a niños en edad escolar, terapia respiratoria, toma de muestras para laboratorio y procedimientos básicos. Manejo de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, AIEPI, visitas domiciliarias en el programa Territorios Saludables desde sus inicios. Con alto grado de liderazgo, responsabilidad y conocimientos en el área; con la capacidad de trabajar en equipo y manejo básico de sistemas.*

## **DATOS PERSONALES**

*Lugar y fecha de nacimiento:* Bogotá, 23 Diciembre de 1983  
*Documento de identidad:* 52.966.701 Bogotá  
*Dirección:* Calle 48L N° 5F - 26 int.11 manz 10  
*Teléfono:* 2799094 -3114890415  
*Registro profesional:* 52966701  
*Experiencia:* 12 años  
*Estado civil:* Unión libre  
*Correo electrónico:* manriqueyurani@hotmail.com

## **ESTUDIOS REALIZADOS**

### ***Secundaria:***

**CENTRO JOHANN KEPLER**  
*Bachillerato comercial*  
*Bogotá 2012*

### ***Formación Técnica:***

**INSTITUTO INGABO - SALUD**  
*Auxiliar de Enfermería*  
*Bogotá 2002*

### ***Otros:***

**INSTITUTO DE FORMACION FUSDESA**  
*Terapia Respiratoria*  
*Bogotá, 2007*

**INSTITUTO DE FORMACION FUSDESA**  
*Primeros Auxilios*  
*Bogotá 2007*

**SENA**  
*Actualización en Medicamentos*  
*Bogotá*

**HOSPITAL DEL SUR**  
*Congreso internacional atención primaria en*  
*Salud y derechos humanos.*  
*Bogotá, 2010*

**HOSPITAL DEL SUR**  
*Inducción en PAI jornada nacional de*  
*Intensificación sarampión rubeola*  
*Bogotá, 2010*

## **EXPERIENCIA LABORAL**

### ***POLICLINICO COMPARTIR***

*Tiempo laborado: 2 meses*

*Jefe inmediato: Adriana Pinzón*

*Cargo: Auxiliar de Enfermería*

*Tel: 7217154*

### ***HOSPITAL DEL SUR***

*Tiempo laborado: 3 años*

*UBA 50 mexicana - UPA 10 Bomberos SASC*

*Jefe inmediato: Dra. Blanca Sarmiento. Temporal servicios y asesorías del valle*

*Cargo: Auxiliar de Enfermería Gestora de Salud pública*

*Tel: 5780505 ext. 2202*

### ***HOSPITAL DEL SUR (Secretaria de Salud)***

*UPA 11 - Puente Aranda (PAB -PAI)*

*Tiempo Laborado: 3 años y 6 meses*

*Jefe inmediato: Temporal Coopintrasalud*

*Cargo: Auxiliar de enfermería extramural*

*Tel: 614 83 11*

### ***ANGELA CASCANTE***

*Cuidado Adulto Mayor*

*Tiempo laborado 2 años*

*Cargo: Auxiliar de enfermería*

*Tel: 237 56 51*

**HECTOR EMILIO GONZALEZ**

*Tiempo laborado 2 años*

*Cuidado Adulto Mayor*

*Cargo: Auxiliar de enfermería*

**HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE**

**Tiempo laborado 4 años**

**Salud publica Territorios saludables**

**Cargo: Auxiliar de enfermería**

**TEL. 5966600**

**REFERENCIAS PERSONALES**

**LUZ MERY ROMERO**

*Diseñadora*

*Tel: 279 52 69*

**MARCELA ACEVEDO**  
**CONTADORA PÚBLICA**  
**CEEL3232731652**

**MARTHA ELENA ROJAS**  
**AUXILIAR DE ENFERMERIA**  
*Cel.: 3217632057*

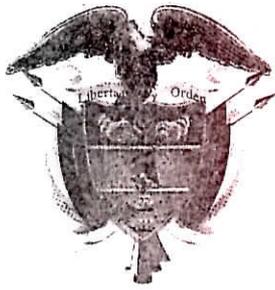
**REFERENCIAS FAMILIARES**

**BLANCA ALCIRA PINZON**  
**SECRETARIA**  
**3209435850**

**NIDIA MANRIQUE**  
**MADRE JARDINERA**  
*Tel: 279 90 94 3152751341*



**YEIMI YURANI MANRIQUE PINZON**



La República de Colombia  
El Ministerio de Educación Nacional  
y en su nombre el

# Centro Johann Kepler

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D. C.,  
según Resolución No. 2091 del 1 de julio de 1999,  
Resolución No. 07-272-4 de Octubre de 2010  
y Resolución No. 04391 del 20 de Septiembre de 2011

Confiere a:

**YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON**

**C.C 52966701 de Bogota**

EL TITULO DE

## BACHILLER ACADEMICO

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

Rector(a)

Secretario(a)



ANOTADO FOLIO N° 18 DEL LIBRO DE REGISTRO N°124  
DADO A LOS 6 SEIS DIAS DEL MES DE Julio DE 2012

*No requiere registro, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994,  
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República*

# *Acta Individual de Grado*

## Centro Johann Kepler



Carrera 16 No. 61-41 • Tels. 547 2508 • 2484945 • Bogotá  
Resolución No. 2091 del 1 de Julio de 1999  
Carrera 80P No. 75-22 • Tel. 782 3795 • Bosa  
Resolución No. 07-272-4 de Octubre de 2010

En la ciudad de Bogotá D.C. a los Siete (7) días del mes de Julio de 2012 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado once, los suscritos Rector y Secretario del CENTRO JOHANN KEPLER, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de educación Media Académica y autorizada para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución No. 2091 del 1 de julio de 1999.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación Básica y Media Académica se procedió a otorgar el título de:

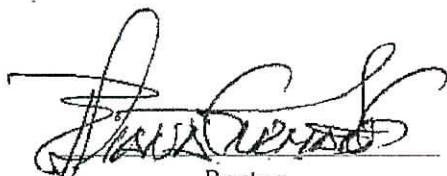
## *Bachiller Académico*

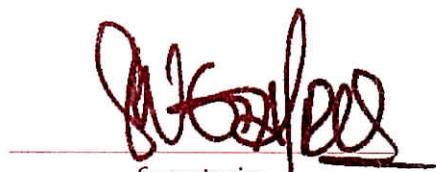
Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

**YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON**  
**C.C 52.966.701 de Bogota**

Es fiel copia tomada del acta original General No.124 del Siete (7) de Julio de 2012 que consta de 29 estudiantes comienza con el nombre de CARLOS ANDRES AGUILAR QUINTERO y termina con el nombre de VICTOR FERNANDO GUACANEME GARZON

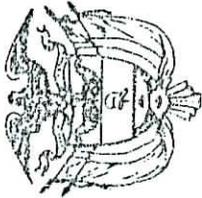
Dado en Bogotá D.C., a los Siete (7) días del mes de Julio de 2012

  
Rector

  
Secretario

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

República de Colombia



El Instituto de Educación No Formal

# Resolución

Con autorización Oficial según Acuerdo 25 del 4 de marzo de 1998 y Acuerdo 27 del 2 de Julio de 1998 de *Elías Sainz* y la Resolución No. 300 del 8 de Febrero de 1999 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Otorga el Certificado de

**Técnico Laboral**

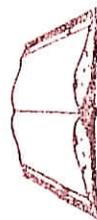
A **YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON**

C.C. 52.966.701 de BOGOTA

Quien cursó, aprobó y cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos en el programa de :

**AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Con una duración de 2.000 horas  
Fue en Bogotá, D.C. a los 8 días del mes de DICIEMBRE de 2.002



*Rosa Lucía Rodríguez* Notario Veintitrés de este mes coincide  
hago constar que he leído a la *Yeimy yurany Manrique Pinzon*  
con su original que he leído a la *Rosa Lucía Rodríguez*  
El Director *Rosa Lucía Rodríguez* Secretaria

Secretaría

Registro de la Oficina de Registro de Certificados de

WILLY VALEN MORA  
NOTARIO VEINTITRES  
BOGOTÁ D.C., Colombia

2005



# Instituto de Educación No Formal "INGABO"

Acuerdos No. 25 del 4 de Marzo de 1998 y No. 27 del 2 de Julio de 1998 del Ministerio de Salud  
Resolución No. 300 del 8 de Febrero de 1999 de la Secretaría de Educación

## ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION DE TECNICO LABORAL

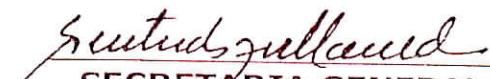
Registro 44 Folio 22 Libro 1

En la Ciudad de Bogotá a los Veinticuatro (24) días del mes de Octubre del año 2.002, se reunieron con el fin de formalizar el Acta de Certificación de los alumnos (as) de **Auxiliar de Enfermería**, los suscritos Director (a) y Secretario (a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, Institución aprobada hasta Nueva Visita según Acuerdos N°. 25 de Marzo 4 de 1.998 y 27 de Julio 2 de 1.998 del Ministerio de Salud y Resolución N°. 300 del 8 de Febrero de 1.999 emanada de la Secretaría de Educación. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Programa, se procedió a otorgar la Certificación de **TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación **YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON** C.C. N°. **52.966.701.** de **BOGOTA.**

Es fiel copia del Acta Original General N°. 6 de fecha 24 de Octubre que consta de 85 alumnos que comienzan con el nombre de **ANA BRIGITH AGUDELO GONZALEZ** y se cierra con el nombre de **LISSETTE JOHANNA VELASQUEZ CALDERON** firmado por:

  
**DIRECTORA**

C.C. No. 39.716.620 de Bogotá

  
**SECRETARIA GENERAL**

C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá D.C. a los 8 días del mes Diciembre del año 2.002

República de Colombia

# INSTITUTO INGABO

Aprobación según Resolución de la Secretaría de Educación No. 300 del 8 de Febrero de 1999  
Ministerio de Salud. Acuerdo No. 25 del 4 de Marzo de 1998  
Acuerdo No. 27 del 2 de Julio de 1998

*Certifica:*

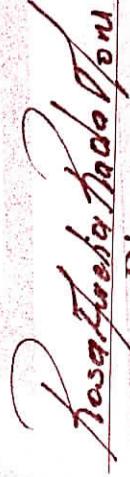
**Que:** YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON

C.C. 52.966.701 de BOGOTA

**Realizó Prácticas de:** AUXILIAR DE ENFERMERIA

**Sitios de Práctica:** HOSPITAL VISTA HERMOSA / HOSPITAL CARMEN

**Duración:** -600 Horas



Directora

HOSPITAL VISTA HERMOSA / HOSPITAL CARMEN

*Centro de Práctica*

Coordinadora Area Salud

BOGOTA, OCTUBRE 23 DE 2002

Ciudad y Fecha de Terminación



# Oficina de Referencia Técnica P. A. I.

CERTIFICA QUE:

YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON

C.C 52.966.701

Realizó la Inducción en PAI. Jornada Nacional de Intensificación

Sarampión Rubéola

los días 21 de Abril de 2010

Con intensidad horaria de 8 Hras.

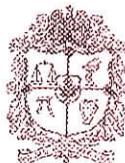
MELBA LUCIA FERRERA VILLALOBOS

Enfermera Referente Técnico P.A.I.

MIOSOTIS HERNANDEZ

Referente Administrativo PIC

\*\*\*\*\*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DEL MOVIMIENTO CORPORAL HUMANO

**Certifica que:**

***Yeimy Yuranie Manrique Pinzón***

**C.C. 52966701**

Aprobó el curso de formación virtual sobre

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC  
Módulo Ámbito Familiar**

Con una intensidad: 50 horas

Dado en Bogotá D.C., el 18 de febrero de 2013

NANCY STELLA LANDINEZ PARRA  
Directora  
Departamento del Movimiento Corporal Humano  
Facultad de Medicina

IMMA QUITZEL CAICEDO MOLINA  
Directora  
Estrategia E-Learning PIC  
Profesora Asociada Facultad de Medicina



BOGOTÁ  
BICENTENARIO  
de la Independencia de Colombia



**Años Construyendo**  
*Atención Primaria en Salud y Territorio*

*El Hospital del Sur*

*Certifica que*

**MANRIQUE PINZON YEIMI YURANIE**

CC 52966701

*Asistió al Congreso Internacional*  
*Atención Primaria en Salud y Derechos Humanos*  
*25,26 y 27 de Octubre del 2010 Duración 24 horas*

**Jorge Bernal Conde**  
Gerente



**BOGOTÁ**  
POSITIVA  
CORPORACIÓN DE LA CIUDAD



# ESCUELA DE SALUD "FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999  
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999  
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

**Certifica:**

*Yeimy Yuranye Navarique Pinzon*

Que:

Asistió al curso Básico de  
**TERAPIA RESPIRATORIA**  
Con una intensidad de 20 horas



*Roberto Galindo González*

Roberto Galindo González  
Presidente

*Dr. Pedro Del Pérez Ardila*

Dr. Pedro Del Pérez Ardila  
Director Académico

*Adriana Pineda*

Terapeuta Respiratoria

Dado en Bogotá D. C. a los 3 días del mes de marzo de 2007



REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

**Hace Constar que**

**YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON**

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.966.701

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**ACTUALIZACION DE ENFERMERIA EN ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS**

Con una duración de 50 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D. C. a primer (1) día del mes de Noviembre de Dos Mil Siete (2007)

*Susana María García de Pabón*

SUSANA MARIA GARCIA DE PABON

SUBDIRECTORA (E) CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD  
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2007AP00585 01/11/2007  
No Y FECHA DE REGISTRO

**EL SUSCRITO COORDINADOR DE SERVICIO AL CLIENTE**

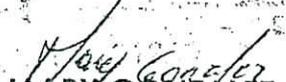
**CERTIFICA QUE:**

El Señor (A) **YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON** identificado con cedula de ciudadanía No. 52.966.701 laboro en Nuestra compañía para nuestra empresa cliente **HOSPITAL DEL SUR E.S.E** desde el 11 de mayo de 2009 al 31 de diciembre 2009, 13 de enero de 2010 al 30 de diciembre de 2010, 17 de enero de 2011 al 30 de diciembre de 2011 y del 19 de enero de 2012 al 30 de abril de 2012 en el cargo de **AUXILIAR I.**

Con un contrato por labor contratada, y un salario básico de \$566.700 que generan carga prestacional y otros devengos de \$143.963 para un neto total del mes de \$733.127

Se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de junio de 2012 en la ciudad de Bogotá

Atentamente



**MARY GONZÁLEZ**  
Asistente Servicio al cliente  
Hospital Sur  
**Tel:7560505 ext 2801**

## A QUIEN LE INTERESE

Yo **MARTHA HELENA ROJAS CONTRERAS**, identificada con cédula de ciudadanía No **35.146.854 de Zipaquira**, recomiendo a la señorita **YEIMI YURANY MANRIQUE PINZÓN**, identificada con cédula de ciudadanía No **52.966.701 DE Bogotá**, por su puntualidad, responsabilidad, eficiencia, honradez y demás aptitudes propias para ejercer su trabajo

Atentamente,

**MARTHA HELENA ROJAS CONTRERAS**

**C.C. 35.146.854 DE ZIPAQUIRA**

**TELEFONO: 311 440 8073**

Bogota DC, Enero 12 de 2011

A QUIEN INTERESE

Yo Blanca Flor Rivera Zabala identificada con CC 52.120.434.de Bogota doy fe que conozco a la señora Yeimi Yurani Manrique Pinzón identificada con CC 52966701 de Bogota, desde hace 4 años como una persona trabajadora, colaboradora, honesta y cumplidora de sus actividades laborales. Por lo anterior no tengo inconveniente ninguno en recomendarla ampliamente agradeciendo de antemano la atención prestada.

Sin otro cometido, me despido atentamente, quedando a su disposición de cualquier información complementaria que ustedes necesiten.

*Blanca Flor Rivera Zabala*

Blanca Flor Rivera Zabala  
CC. 52.120.324 de Bogota  
Cel 321 3344000

	HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.		CÓDIGO
	MACROPROCESO	APOYO	ACS FT 025
	PROCESO	GESTION CONTRACTUAL Y SUPERVISION	VERSIÓN: 02
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA: 27/01/2015
	NOMBRE	CONCEPTO TECNICO DE IDONEIDAD CONTRATISTA DE SERVICIOS PERSONALES POR OPS	Página 1 de 1

### CONCEPTO TECNICO DE IDONEIDAD PARA CONTRATACION POR OPS

Dando cumplimiento a la normatividad vigente, especialmente a lo señalado por la Circular Conjunta No. 014 del 01 de Junio de 2011 de la Contraloría General de la República, la Auditoría General de la República y la Procuraduría General de la Nación y en observancia de los principios constitucionales de la función administrativa, el deber de selección objetiva y el régimen de inhabilidades e incompatibilidades en materia de contratación se

#### HACE CONSTAR

Que mediante Formato de Necesidad de Servicios Personales ACS FT 023 de fecha \_\_\_\_\_ se solicito la contratación por Orden de Prestación de Servicios del siguiente perfil:

PERFIL	REQUISITOS DE ESTUDIO	REQUISITOS EXPERIENCIA	REQUISITOS LEGALES
Alternativa			

Que revisada la Hoja de Vida de \_\_\_\_\_ identificado (a) con C.C.No. \_\_\_\_\_ y de conformidad con las normas legales vigentes se encuentra que la misma aporta Hoja de Vida Única del Departamento Administrativo de la Función Pública con verificación del soporte documental correspondiente al tenor de la Circular 010 de 2014 de la Veeduría Distrital cumpliendo con los requisitos solicitados y exigidos por el Hospital y las normas vigentes para ser contratada mediante Orden de Prestación de Servicios como \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de quien reviso

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable del Proceso

\_\_\_\_\_  
Firma Subgerencia (correspondiente)

Fecha \_\_\_\_\_



	<b>HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.</b>		<b>CÓDIGO</b>
	MACROPROCESO	APOYO	ACS FT 026
	PROCESO	GESTION CONTRACTUAL Y SUPERVISION	VERSIÓN: 01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA: 27/01/2015
	NOMBRE	AUTORIZACION VERIFICACION DATOS E INFORMACION PARA OPS	Página 1 de 1

### AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE DATOS Y MANEJO DE INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

Fecha 10.02.16

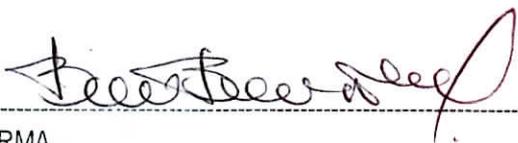
Dando cumplimiento a la normatividad vigente, especialmente a lo señalado por la Ley 1581 de 2012, y en observancia de los principios constitucionales de la función administrativa, el (la) suscrito (a) Yeremi Yerani Manrique Pinton, identificado (a) con la Cedula de Ciudadanía No. 52.966.401 de Bogotá, en mi calidad de CONTRATISTA del Hospital Rafael Uribe Uribe Empresa Social del Estado

### AUTORIZO

De manera expresa y voluntaria al Hospital Rafael Uribe Uribe Empresa Social del Estado para que, en su calidad de Contratante pueda consultar, reportar y divulgar la información relacionada en mi Hoja de Vida sobre estudios y experiencia según los soportes aportados para efectos de la suscripción de la correspondiente Orden de Prestación de Servicios Personales.

De igual forma autorizo, al tenor de la Ley 1581 de 2012,, a que la información correspondiente a mi Hoja de Vida pueda ser suministrada a las autoridades administrativas y judiciales competentes.

En constancia firmo,



FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS	<u>Yeremi Yerani Manrique Pinton</u>
IDENTIFICACION	<u>cc 52.966.401</u>
DIRECCION RESIDENCIA	<u>Cll 49 L + 5f26 Int 11 Man 10</u>
BARRIO	<u>Bachicai Sur</u>
TELEFONO RESIDENCIA	<u>2799099</u>
TELEFONO CELULAR	<u>3114890415</u>
OTRO TELEFONO DE CONTACTO	<u>3105710139</u>
E-MAIL	<u>manrique.yerani@hotmail.com</u>





FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA  
PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

FOTO  
3X4

ENTIDAD RECEPTORA

15

**I. DATOS PERSONALES**

HOJA No. 1

PRIMER APELLIDO <i>Narriquet</i>		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <i>Pinton</i>		NOMBRES <i>Yeimi Yurani</i>	
SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="checkbox"/> DOBLE NAL. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	PAÍS EXTRANJERO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA NACIONALES C.C. <input checked="" type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> NÚMERO <i>52.966.701</i>		
LIBRETA MILITAR CLASE <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 2a	NÚMERO	D.M.	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA EXTRANJEROS C.E. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> 2 NÚMERO		PASAPORTE <input type="checkbox"/> 3 NÚMERO
LUGAR DE NACIMIENTO - MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	PAÍS <i>colombia</i>	FECHA DE NACIMIENTO DÍA <i>23</i> MES <i>12</i> AÑO <i>1983</i>		
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <i>Calle 481 # 31 26 int 11. Nanio</i>	MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO <i>Bogotá - Cundinamarca</i>	PAÍS <i>Colombia</i>	TELÉFONOS DE CONTACTO <i>2991094-3114990415</i>		

**II. FORMACIÓN ACADÉMICA**

1. EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										MEDIA	TÍTULO OBTENIDO:			
PRIMARIA					SECUNDARIA					X	ESTABLECIMIENTO DONDE CURSÓ EL ÚLTIMO AÑO	MUNICIPIO	FECHA DE TERMINACIÓN	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°				MES	AÑO
										X	<i>Centro Johann Kepler</i>	<i>Bogotá</i>	<i>07</i>	<i>2012</i>

2. EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO.

EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: "TC" (TÉCNICA), "TL" (TECNOLÓGICA), "TE" (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), "UN" (UNIVERSITARIA), "ES" (ESPECIALIZACIÓN), "MG" MAESTRÍA O MAGISTER, "DC" (DOCTORADO O PHD). RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (\* SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY DE CARÁCTER ESTATUTARIO).

MODALIDAD ACADÉM.	* SEMEST. APROBAD.	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL *
		SI	NO			MES	AÑO	
<i>C</i>	<i>3</i>	<i>X</i>		<i>Tec. Auxiliar Enfermería</i>	<i>Instituto Ingebo Salud</i>	<i>12</i>	<i>2007</i>	<i>52.966.701</i>

\* EN CASO QUE SUS ESTUDIOS SEAN POR MÓDULOS, CRÉDITOS O AÑOS CONVIÉRTALOS A SEMESTRES.

3. OTROS ESTUDIOS

RELACIONE: CAP DEL SENA, CURSOS, DIPLOMADOS, ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL, SIMPOSIOS, TALLERES Y DEMÁS ESTUDIOS QUE PUEDA CERTIFICAR

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO

ENTIDAD RECEPTORA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

APELLIDOS Y NOMBRES: Yeimi Yurani Manrique  CE  PASAP  OTRO No. 52-966-101 HOJA No. 2

3. OTROS ESTUDIOS (Continuación).

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO

**III. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS**

1. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES Y/O LOGROS LABORALES

2. ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE : HABLA, LEE Y ESCRIBE DE FORMA, REGULAR, BIEN O MUY BIEN

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE			OBSERVACIONES
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	

**IV. EXPERIENCIA LABORAL**

TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES :

A) RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO EMPLEO O SERVICIO PRESTADO

B) PARA DEDICACIÓN : TC = TIEMPO COMPLETO MT = MEDIO TIEMPO TP = TIEMPO PARCIAL OD = OTRA DEDICACIÓN (EN ESTE CASO INDIQUE CUAL)

C) PARA C.R. (CAUSA DEL RETIRO), ESCRIBA EL NUMERO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES MOTIVOS :

01 TERMINACIÓN DE LA OBRA, DEL PLAZO DEL CONTRATO O VENCIMIENTO DEL PERIODO	05 CESE DE ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR POR MÁS DE 120 DIAS	09 REVOCATORIA O NULIDAD DEL NOMBRAMIENTO
02 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL EMPLEADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA	06 ABANDONO DEL CARGO	10 JUBILACIÓN O PENSION DE INVALIDEZ
03 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL TRABAJADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATANTE	07 DECISIÓN UNILATERAL O DECLARACIÓN DE INSUBSISTENCIA	11 RENUNCIA VOLUNTARIA
04 CLAUSURA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO O SUPRESIÓN DEL CARGO	08 SENTENCIA EJECUTORIADA	12 POR MUTUO ACUERDO

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Rafael Uribe Uribe PÚBLICA  PRIVADA  PAÍS: Colombia

DEPARTAMENTO: Cundinamarca MUNICIPIO: Bogotá DIRECCIÓN: Kra 12D + 26A - 62

TELÉFONOS: 3966600 FECHA DE INGRESO: 03/03/2012 TIEMPO DE SERVICIO: 3 AÑOS 11 MESES DEDICACIÓN: TC  1 MT  2 TP  3 OD  4 ESPECIFIQUE "OD"

CARGO O CONTRATO ACTUAL: Aux. Enfermería DEPENDENCIA: Salud Pública

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

APellidos y Nombres: Monique Pinter Yeroni  CE  PASAP  OTRO No. 52-966-01 HOJA No. 3

**EMPLEOS O CONTRATOS ANTERIORES**

EMPRESA O ENTIDAD <u>Policlinico Compartir</u>			PÚBLICA 1	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	MUNICIPIO <u>Soracra</u>	DIRECCIÓN <u>Cia 13 + 29-36</u>			
TELÉFONOS <u>2993386</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>04</u> MES <u>01</u> AÑO <u>2012</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u>03</u> MES <u>03</u> AÑO <u>2012</u>	TIEMPO DE SERVICIO AÑOS <u>2</u> MESES <u>0</u> DÍAS <u>0</u>	DEDICACIÓN TC <input type="checkbox"/> MT <input checked="" type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>	
CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO <u>Aux. Enfermería</u>			DEPENDENCIA <u>Asistencial</u>		

EMPRESA O ENTIDAD <u>Hospital del Sur</u>			PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA 2	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	MUNICIPIO <u>Bogota</u>	DIRECCIÓN <u>K.a 59 + 13-69</u>			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <u>02</u> MES <u>03</u> AÑO <u>05</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u>01</u> MES <u>12</u> AÑO <u>2011</u>	TIEMPO DE SERVICIO AÑOS <u>5</u> MESES <u>11</u> DÍAS <u>0</u>	DEDICACIÓN TC <input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>	
CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO <u>Aux. Enfermería</u>			DEPENDENCIA <u>Salud Pública</u>		

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA 1	PRIVADA 2	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	TIEMPO DE SERVICIO AÑOS MESES DÍAS	DEDICACIÓN TC <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>	
CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO			DEPENDENCIA		

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA 1	PRIVADA 2	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	TIEMPO DE SERVICIO AÑOS MESES DÍAS	DEDICACIÓN TC <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>	
CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO			DEPENDENCIA		

**ACTIVIDADES PARTICULARES**

A) RELACIONE LAS ACTIVIDADES PARTICULARES QUE HA DESARROLLADO O DESARROLLA ACTUALMENTE, QUE ACUMULEN SEMANAS DE SERVICIO PARA EFECTOS PENSIONALES.

CLASE DE ACTIVIDAD	NOMBRE DE LA ENTIDAD	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	TIEMPO DE SERVICIO	
				No. AÑOS	MESES
<u>Aux. Enfermería</u>	<u>Hospital Rafael Uribe Uribe</u>				
<u>Aux. Enfermería</u>	<u>Hospital del Sur</u>				
<u>Aux. Enfermería</u>	<u>Policlinico Compartir</u>				

**ENTIDAD RECEPTORA**

**APELLIDOS Y NOMBRES:** Manrique Pizarro Yeimi Yeran  CE  PASAP  OTRO No. 52-966-791 **HOJA No. 4**

B) RELACIONE LAS ACTIVIDADES PARTICULARES QUE HA DESARROLLADO O DESARROLLA ACTUALMENTE, ESTANDO VINCULADO SIMULTANEAMENTE CON UNA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA.

CLASE DE ACTIVIDAD	NOMBRE DE LA ENTIDAD	SECTOR	
		PÚBLICO	PRIVADO

**V. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA Y SITUACIÓN LABORAL**

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS, MESES Y DÍAS, QUE RESULTA DE SUMAR LAS VINCULACIONES LABORALES EN EL SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O COMO TRABAJADOR INDEPENDIENTE, RESPECTIVAMENTE, Y SI SE ENCUENTRA VINCULADO O NO.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA			VINCULADO		INDIQUE EL NOMBRE DE LA ÚLTIMA ENTIDAD PÚBLICA (ESTATAL U OFICIAL) EN LA QUE LABORÓ O LABORA COMO SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
	AÑOS	MESES	DÍAS	SI	NO	
SERVIDOR PÚBLICO	17	11		X		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2					
TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA						
<b>TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA</b>	<b>13</b>	<b>11</b>				

**VI. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI  NO  ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS O EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (ARTÍCULO 1o. DE LA LEY 190 DE 1995).

**EXCEPCIONES** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**VII. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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).

  
 FIRMA

**VIII. OBSERVACIONES DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE (ART. 4o. DE LA LEY 190/95).

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

**FORMULARIO ÚNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

YO, Yurani Manrique Pinton

IDENTIFICADO CON: C.C.  C.E.  OTRO  No. 52.966.701 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN  
Cll 48L #51 26 int 11 Man 10

TELÉFONOS  
299094. 3114890415

MUNICIPIO  
Bogotá

DEPARTAMENTO  
Cundinamarca

PAÍS  
Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Marjolina Pinton</u>	<u>541451859</u>	<u>Mama</u>
<u>Drianna Isabella Mendez</u>	<u>105328063</u>	<u>Hija</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN , PARA RETIRARME , PARA ACTUALIZACIÓN  PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE , QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	<u>18'648.000 =</u>
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
LOS INGRESOS Y RENTAS	
<b>TOTAL</b>	<u>18.648.000 =</u>

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)**

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

**1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos :

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI  NO  tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
William Enrique Mendez Peñuelo	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	79-232-272

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá, 11 febrero - 2016

CIUDAD Y FECHA

### DECLARACION JURAMENTADA

Yo Yeimi Yurani Henrique Pinzon, mayor de edad, domiciliado y residenciado en Bogotá, identificado con cédula de ciudadanía No. 52.966.701, expedida en Bogotá, actuando en nombre propio me permito declarar bajo la gravedad de juramento que:

En la actualidad no me encuentro inmerso en ningún proceso de carácter alimentario o de incumplimiento de obligaciones de familia.

Lo anterior de conformidad con la ley 311 del 12 de agosto de 1996.

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes de Febrero del año 2016.

NOMBRE: Yeimi Yurani Henrique P.

FIRMA: 

CEDULA: 52.966.701

### DATOS PERSONALES

**NOMBRES COMPLETOS** Yeimi Yurani

**APELLIDOS COMPLETOS** Manrique Pinton

**PAIS DE NACIONALIDAD** Colombia

**IDENTIFICACION** 52.966.701

**LUGAR DE EXPEDICION** Bogota

**No LIBRETA MILITAR**

**DISTRITO MILITAR**

**PRIMERA CLASE O SEGUNDA CLASE** Union Libre

**ESTADO CIVIL (CASADA, SOLTERA, DIVORCIADA, SEPARADO, UNION LIBRE, VIUDO)**

**DOMINANCIA (DIESTRO, AMBIDIESTRO, ZURDO)** Diestro

**GRUPO SANGUINEO (A, O, AB)** O+

**RH (POSITIVO, NEGATIVO)** Positivo

**FECHA DE NACIMIENTO** 23-12-1983

**PAIS DE NACIMIENTO** Colombia

**DEPARTAMENTO** Cundinamarca

**MUNICIPIO** Bogota

**TELEFONO DE RESIDENCIA** 27990941

**TELEFONO CELULAR** 3114890415

**DIRECCION** Cll 483 # 54 2C

**CORREO** manriqueyurani@hotmail.com

**CARRIO** Bohica Sur

**LOCALIDAD** 18

**TIPO DE VIVIENDA (PROPIA, ARRIENDO, FAMILIAR)** Arriendo

PROGRAMA TERRITORIOS SALUDABLES - SALUD PARA EL BUEN VIVIR  
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA  
FORMATO DE REGISTRO TALENTO HUMANO



TIPO DE DOCUMENTO: CC  CE   
 No. DOCUMENTO: 52.966.701. SEJO: H  I   
 1er. NOMBRE: Yeimi 2do. NOMBRE: Yurani 1er. APELLIDO: Manrique 2do. APELLIDO: Pinton

FECHA DE NACIMIENTO: 23/12/1993 TIEMPO DE EXPERIENCIA TRABAJANDO EN SALUD PÚBLICA: 137 MESES  
 ¿El trabajador vive en la localidad?  Sí  No Zona vivienda del trabajador: Urb  Rural

VIVIENDA URBANA

Eje 1	Num 1	Letra 1	Bis	Letra 2	Cuadrante 1	Num 2	Letra 3	Bis 2	Letra 4	Num 3	Cuadrante 2	Complemento
Calle	48	1		5	Sur Norte Este	5	F			26	Sur Norte Este	INT 11 Monte 10

VIVIENDA RURAL

Dirección Rural: Calle 48 1 5 F 26 INT 11 Monte 10

CORREO ELECTRÓNICO: manriqueyurani@hotmail.com NUMERO TELEFÓNICO: 2799094

NIVEL EDUCATIVO FINALIZADO: NINGUNO  PRIMARIA  SECUNDARIA  AUXILIAR  TÉCNICA  TECNOLÓGICA  PROFESIONAL  POSGRADOS

Máximo nivel primaria (Solo primaria): 5  
 Máximo nivel secundaria (Solo secundaria): 11  
 Tipo bachillerato (Solo Secundario): Técnico

I.E.S. EGRESADO (Solo para Auxiliar, Técnico, Tecnólogo, Profesional y Posgrados): Instituto Ingabo  
 Título Auxiliar (Solo auxiliar):  
 Título Profesional (Solo para profesional y posgrados):  
 Título Técnico (Solo técnico): Aux. Enfermería  
 Código SNIES (Solo Posgrados):

PERFIL 1

FUNCIÓN: TERRITORIO (Solo ERI):  
 PERFIL CONTRATADO:  
 CÓDIGO CHIP:  
 LOCALIDAD:  
 UPZ:  
 TERRITORIO:  
 HORAS DEL PERFIL 1:  
 NOMBRE PROYECTO ESPECIAL 1 (Solo proyectos especiales):  
 Nombre Matriz Programática:

PERFIL 2

FUNCIÓN:  
 PERFIL CONTRATADO:  
 CÓDIGO CHIP:  
 LOCALIDAD:  
 UPZ:  
 TERRITORIO:  
 MICROTERRITORIO (Solo ERI):  
 HORAS DEL PERFIL 2:  
 NOMBRE PROYECTO ESPECIAL 2 (Solo proyectos especiales):  
 Nombre Matriz Programática:

PERFIL 3

FUNCIÓN:  
 PERFIL CONTRATADO:  
 CÓDIGO CHIP:  
 LOCALIDAD:  
 UPZ:  
 TERRITORIO:  
 MICROTERRITORIO (Solo ERI):  
 HORAS DEL PERFIL 3:  
 NOMBRE PROYECTO ESPECIAL 2 (Solo proyectos especiales):  
 Nombre Matriz Programática:

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52966701**

**MANRIQUE PINZON**  
APELLIDOS

**YEIMI YURANIE**  
NOMBRES

*Yeimi* **MANRIQUE**  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-DIC-1983**

**BOGOTA D.C.**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**08-ENE-2002 BOGOTA D.C.**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Ivan Duque Escobar*  
REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500102-42101313-F-0052966701-20020211 **0603902042A 01 113906332**

SECRETARIA DISTRICTAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

YEIMI YURANIE

MANRIQUE PINZON

C.C 52966701

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Luzmila...'. The signature is written over the 'FIRMA AUTORIZADA' text.

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 16/01/2009



**Resolución No 3504 de 31/03/2003**  
**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C**  
Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

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

**CONSIDERANDO**

Que el(la) señor(a) **MANRIQUE PINZON YEIMI YURANIE** Identificado(a) con CC número 52966701 expedida en **BOGOTÁ D.C** solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según **CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado por **EL INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD SAN IGNACIO** el día 08/12/2002 y registrado en el libro 1 Folio 44 año 2002

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** autorizar a **MANRIQUE PINZON YEIMI YURANIE** identificado(a) con CC número 52966701 expedida en **BOGOTÁ D.C** para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

**NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C. a los 31/03/2003

**LIBARDO CHAVEZ GUERRERO**  
Director de Desarrollo de Servicios

vrs

Bogotá, D.C. Junio 09-03  
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Yeimy Yurany Manrique  
CC. # 52 966 701 819  
Firma [Firma]





Formulario del Registro Único Tributario  
Hoja Principal

Modelo Único de Ingresos, Servicios y Control Automatizado

001

2. Concepto  0  2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14293233539



(415)7707212489984(8020) 000001429323353 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 9 6 6 7 0 1

6. DV

1

12. Dirección seccional  
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 2 9 6 6 7 0 1

27. Fecha expedición:

2 0 0 2 0 1 0 8

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MANRIQUE

32. Segundo apellido

PINZON

33. Primer nombre

YEIMI

34. Otros nombres

YURANIE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 48 L 5 F 26 IN 11 MZ 10 BRR BOCHICA SUR

42. Correo electrónico:

manriqueyurani@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

2 7 9 9 0 9 4

45. Teléfono 2:

3 1 1 4 8 9 0 4 1 5

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8, 6, 9, 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 3 0 4 1 0

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1 2

Ocupación

51. Código

5 1 3 2

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. Forma	56. Tipo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Servicio	1	2	3
57. Modo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. CPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI  NO

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 4 0 5 3 0

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

*[Handwritten signature]*

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PEDRAZA ROJAS KAROL BETHSABEL

985. Cargo: Gestor I



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS  
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

Fecha: 03-06-2014

Hora: 9:11:01 AM

Página 1 de 1

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52966701-1 YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON

**Información**

Dirección CL 48L 5F 26 IN 11 MZ 10

Teléfonos 2799094-3114890415

Dirección electrónica

Fax

**Información de**

Fecha Inscripción 04/10/2012

Soporte Inscripción 14654670

Fecha Inicio Actividades 10/04/2003

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

# Establecimientos: 0

**Perfil Tributario**

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

BOGOTÁ  
HUMANANA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaría de Hacienda Distrital.

Fuente ICA TE TOCA

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Bogotá, Febrero 11 de 2016

Señora:  
**MANRIQUE PINZON YEIMY YURANIE**  
 CC. 52966701 CL 48L 5F 26 IN 11 MZ 10 - 2799094  
 Ciudad

Ref: F370-RVA. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 20 de 2009. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MANRIQUE PINZON YEIMY YURANIE	52966701	C	Mar-20-2009	258	0	COTIZANTE	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
MENDEZ MANRIQUE BRIANNA ISABELLA	1025328053	R	Mar-4-2014	52	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
PINZON CACERES EVANGELINA	41451859	C	Jun-28-2013	56	0	PADRES	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna

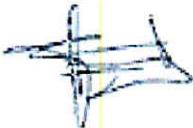
De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
COÓPERATIVA TRABAJO INTRASALUD CTA	52966701	Dependiente	CERRADO
MANRIQUE PINZON YEIMY YURANI	52966701	Trabajador Independiente	CERRADO
MANRIQUE PINZON YEIMY YURANI	52966701	Trabajador Independiente	VIGENTE
SERVICIOS Y ASESORIAS SAS	52966701	Dependiente	CERRADO
SERVICIOS Y ASESORIAS SAS	52966701	Dependiente	CERRADO
SERVICIOS Y ASESORIAS SAS	52966701	Dependiente	CERRADO
SERVICIOS Y ASESORIAS SAS	52966701	Dependiente	CERRADO
SERVICIOS Y ASESORIAS SAS	52966701	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA LTDA	52966701	Dependiente	CERRADO

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



**MONICA REY DUEÑAS**  
 Gerente de Operaciones Comercial  
 SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación,



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.  
NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **52,966,701**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 02 días del mes de Febrero de 2016.

---

Gerente de Clientes

	<b>HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE</b>		<b>CÓDIGO</b>
	<b>MACROPROCESO</b>	APOYO	ACS FT 009
	<b>PROCESO</b>	GESTIÓN CONTRACTUAL Y DE SUPERVISIÓN	VERSIÓN: 01
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	FORMATO	FECHA: 21/10/2014
	<b>NOMBRE</b>	VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL CONTRATO ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Página 1 de 1

Fecha diligenciamiento feb 21 - 2016

Nombre Yeimi Yeroni Marrique P Documento No. S2.966.01 de Pagote

Actividad contractual Aux. Enfermería

Centro de Atención / Área / Proceso Salud Pública

Respetado colaborador (a),

A continuación se relacionan una serie preguntas asociadas a la etapa precontractual del proceso como requisito para generar su orden de prestación de servicios con el Hospital Rafael Uribe Uribe. Por favor lea detenidamente, diligencie la información solicitada en cada uno de los campos y entregue el formato con los respectivos soportes en la oficina de Gestión Contractual y Supervisión (OPS).

ESTADO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		VERIFICACION CERTIFICACION O DOCUMENTO SOPORTE		
1	TRABAJO COMO DEPENDIENTE EN OTRA ENTIDAD	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA
2	ACTUALMENTE EJECUTO UNO Ó VARIOS CONTRATOS COMO INDEPENDIENTE O DEPENDIENTE EN OTRA(S) EMPRESA(S)	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
3	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) A LA QUE ME ENCUENTRO AFILIADO			
4	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS) A LA QUE ME ENCUENTRO AFILIADO			
5	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES (AFP) A LA QUE ME ENCUENTRO AFILIADO			
Si Ud. NO se encuentra afiliado en otra(s) entidad (a) o empresa como dependiente o en calidad de contratista, mediante contrato de prestación de servicios por favor diligencie el ítem No. 6.				
6	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES A LA QUE DESEO AFILIARME			

Firma

[Handwritten Signature]

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN POR MI ANOTADO EN EL PRESENTE FORMATO Y LOS SOPORTES, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Espacio Diligenciado por el Hospital - Proceso de Gestión Contractual y Supervisión	
<b>NUMERO Y FECHA DE CONTRATO</b>	<b>FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES</b>
<b>NOMBRE DE QUIEN RECIBE EL FORMATO Y SOPORTES</b>	<b>Firma</b> DD/MM/AAAA
Espacio Diligenciado por el Hospital - Proceso de Gestión de Talento Humano	
<b>NOMBRE DE QUIEN VERIFICA</b>	<b>Firma</b> DD/MM/AAAA

Certificado de Vacunación del Adulto





Nombres: YEIMI YUANI  
 Apellidos: MADRIGAL PINZON  
 Documento: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52966701  
 Fecha de Nacimiento: Dia. Mes. Año.

**Conservelo**  
 Será exigido para entrar a zonas de riesgo  
 Este carné es válido en Colombia  
 En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación,  
 solicite su transcripción en los sitios autorizados.  
 Libresid y Orden  
 POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diférico Td	1	13 MAR 2012	024L9002D	U2A30
	2	13 ABR 2012	024L9002D	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	17 NOV 2011		
	2	17 DIC 2011		
	3	17 JUN 2011	032I1004A-5/14	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio

Institución

Contáctenos

### Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/02/2016 a las 10:42:23 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 52966701 y Nombres: MANRIQUE PINZON YEIMI YURANIE

#### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

[Volver al Inicio](#)

[Solicitudes, Quejas, Reclamos](#)

[Manual de Navegación](#)

[Políticas de Seguridad](#)

[Políticas de Privacidad y Uso](#)

[Mapa del Sitio](#)

[LOGIN](#)

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA  
Carrera 59 N° 26-21. CAN. Bogotá DC  
Atención administrativa de lunes a viernes de 8.am a 12pm y 2pm a 5pm  
Requerimientos ciudadanos 24 horas  
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600  
FAX (571) 3159581 - E-mail: [lineadirecta@policia.gov.co](mailto:lineadirecta@policia.gov.co)



Presidencia  
de la República



Ministerio  
de Defensa



Gobierno  
en Línea



Portal Único  
de Contratación



**Todos los derechos reservados 2011.**

Bogotá D.C., 3 de Febrero de 2016 - 17:34 pm

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**  
**LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON**, quien se identifica con la CEDULA DE CIUDADANIA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS UN** de BOGOTA D.C

**52966701**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

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

**ADVERTENCIAS:**

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

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

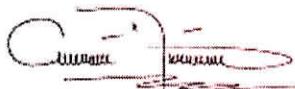
Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.



**ALBA MARIA PEÑA MUÑOZ**  
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web [www.personeriabogota.gov.co](http://www.personeriabogota.gov.co). Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

**Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - [www.personeriabogota.gov.co](http://www.personeriabogota.gov.co)**

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES  
CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 79757464



WEB  
17:32:01  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 03 de febrero del 2016

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) YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 52966701:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

**ATENCIÓN :**

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



CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y  
JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 3 de febrero de 2016, a las 17:29:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.966.701
Código de Verificación	531396332016

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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.

**SILVANO GÓMEZ STRAUCH**



**TALENTO HUMANO**

**CONDICIÓN DE DECLARANTE Y EXISTENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**

Yo, Yeimi Yurani Manrique identificado(a) con C.C No. 32.966.701 Ubicado(a) en Bogotá.

En cumplimiento al párrafo 2º del artículo 15 de la Ley 1607 de 2012, por el cual se modifica el artículo 387 del E.T. y en concordancia con el párrafo 4º de los artículos 2º y 3º del Decreto 0099 del 25 de enero del 2013, certifico a ustedes bajo la gravedad de juramento, mi condición:

Declarante del impuesto sobre la renta  No Declarante del impuesto sobre la renta

Que la(s) siguiente(s) persona(s) se encuentra(n) a mi cargo en la calidad de dependiente:

NOMBRE	TIPO DOCUMENTO ID. (C.C./T.I.)	NUMERO DOCUMENTO	TIPO (A, B, C, D o E)
<u>Evangelina Pintón</u>	<u>641451859</u>		<u>E</u>
<u>Brianna Isabella Meneses</u>	<u>1025328003</u>		<u>A</u>

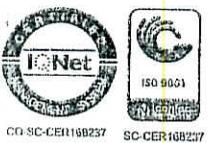
**TIPO DE DEPENDIENTES:**

- A. Hijo(s) que tiene(n) hasta 18 años de edad y depende(n) económicamente de mí.
- B. Hijo(s) con edad entre 18 y 23 años, cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
- C. Hijo(s) mayor(es) de 23 años que se encuentra en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.
- D. Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVTs, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
- E. Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVTs, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Que de conformidad con lo ordenado en el inciso 2º del párrafo 4º del Decreto 099 del 25 de enero del 2013, nadie más solicitará la deducción de la base de la retención en la fuente por el mismo dependiente.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá a los 11 días del mes de febrero del año 2016, para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención establecida en los artículos 383 y 387 del Estatuto Tributario.

FIRMA: [Signature]  
C.C.: 32.966.701  
Fecha: feb - 11 - 2016



**NUESTRO COMPROMISO: SALUD CON CALIDAD PARA TODAS Y TODOS**  
Carrera 12D N° 26A - 62 Sur - PBX: 209 50 02  
[www.eserafaeluribe.gov.co](http://www.eserafaeluribe.gov.co)



**BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS**

Bogotá D.C., Febrero - 11 - 2016

Dirigida a HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE - Contabilidad

### FORMATO DECLARACION JURAMENTADA

El suscrito Yeimi Yurani Manrique identificado con la C.C.No. 52.966.71 de Bogotá, **bajo la gravedad del juramento**, que se entiende prestado con la firma del presente documento, para los efectos establecidos en el Decreto 1070 del 28 de Mayo de 2013 expedido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en la forma y términos establecidos en el Estatuto Tributario, en el Decreto 099 de 2013 y en el artículo 1o del Decreto 1070 de 2013,

### DECLARO

Que como persona natural residente en Colombia cumplo con las condiciones señaladas en el Decreto 1070 de 2013 para ser clasificado tributariamente como EMPLEADO y, por tanto sujeto de aplicación del mismo Decreto en lo que a retención en la fuente se refiere puesto que:

1. SI  NO  Mis ingresos en el año 2015 provienen de la prestación de servicios de manera personal, en una proporción igual o superior al 80% del total de los ingresos percibidos en el mismo periodo fiscal.
2. SI  NO  Soy declarante de renta
3. SI  NO  Tengo bajo mi cuenta y riesgo personas dependientes.
4. SI  NO  Me encuentro afiliada y cancelo los valores correspondientes a un Plan de Medicina Prepagada.
5. SI  NO  Tengo vigente un crédito hipotecario o leasing habitacional sobre el inmueble en el cual vivo.
6. SI  NO  Me encuentro efectuando aportes voluntarios a pensiones. (AFP)

Atentamente,

  
C.C. No. 52.966.71 de Bogotá

NOTA: Para los efectos pertinentes apporto las Certificaciones correspondientes a los datos sobre factores de depuración de la base de retención en la fuente en \_\_\_\_\_ ( ) folio

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal
CC 52966701	MARRIQUE PINZON YERBY YURAMIE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL
			CI-48 L# 8F -26 INT 11
			MMZ10
			BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.
			Exonerado SENA e KCBF
			No
			2799094
			Valor
			\$199,344

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Tipo	Fecha
2016-01	8449210815	Planilla	2016/01/04
Salud	Pago	Planilla	Limite
00268226		1	2016/01/04
			Banco
			2016/01/04
			MANCO DE OCCIDENTE - ALIADAS
			Pago
			0
			Valor
			\$199,344

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																				
No.	Identificación	Nombres	PENSIÓN			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES					
			IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
<b>Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>										\$644,350	\$103,100	\$644,350	\$80,544	\$0	\$644,350	\$15,700	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>										\$644,350	\$103,100	\$644,350	\$80,544	\$0	\$644,350	\$15,700	\$0	\$0	\$0	
<b>Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)</b>										\$644,350	\$103,100	\$644,350	\$80,544	\$0	\$644,350	\$15,700	\$0	\$0	\$0	
1	CC	52966701	MARRIQUE YERBY	210301	30	\$103,100	EP5002	30	\$80,544	0	14-30	30	\$15,700	0	\$0	\$0	\$0	\$0		
<b>Total Afiliados( 1)</b>										\$644,350	\$103,100	\$644,350	\$80,544	\$0	\$644,350	\$15,700	\$0	\$0	\$0	

PAGA PAGO

## Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante
CC 52466701		MARRIQUÉ PINZÓN YEMMY YURANIE	INDEPENDIENTE
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Tipo	Fecha
Pensión	Pago	Planilla	Limite
2016-01	00288226	1	2016/01/04
Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono
PRINCIPAL	CL 48 L # 5F -26 INT 11 MANZIL0	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2799094
Exonerado SENA e ICBF	No		
Pago	Dias Mora	Valor	
2016/01/04	0	\$199,344	

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$103,100	\$0	\$0	\$103,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
MAPPRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.	14-30	830,054,904	6	1	\$15,700	\$0	\$0	\$15,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
SALUD TOTAL	EP5002	800,130,907	4	1	\$80,544	\$0	\$0	\$80,544
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$199,344</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$199,344</b>

**PAGAADO**