

|                                                                                   |                                               |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|
|  | GESTION JURIDICA Y CONTRACTUAL                | Fecha de Aprobación.<br>17/01/2022 |
|                                                                                   | LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN |                                    |
|                                                                                   | Aprobado por: Jefe de Planeación              | Versión: 03                        |

| LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN. |                                                                                                                                     |                                 |     |      |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----|------|
| Tipo de contrato                               |                                                                                                                                     | CPS                             | OPS |      |
| Contratista: Rosett Mary Quinto R.             |                                                                                                                                     | Rep. legal:                     |     |      |
| Nombre Supervisor: Freddy Williams             |                                                                                                                                     | Valor del contrato: \$23090.533 |     |      |
| ETAPA PRECONTRACTUAL                           |                                                                                                                                     |                                 |     |      |
| No                                             | DOCUMENTOS                                                                                                                          | Cumple                          |     | N/A. |
|                                                |                                                                                                                                     | Sí                              | No  |      |
| 1                                              | Estudios Previos.                                                                                                                   | ✓                               |     |      |
| 2                                              | Formato Único de Hoja de Vida (Original, diligenciada, firmada y sus respectivos anexos) Persona natural y/o Jurídica).             | ✓                               |     |      |
| 3                                              | Declaración Juramentada de Bienes y Rentas (Original, diligenciada y firmada) Persona natural y/o Jurídica).                        | ✓                               |     |      |
| 4                                              | Fotocopia del Documento de Identificación.                                                                                          | ✓                               |     |      |
| 5                                              | Fotocopia OCCRE.                                                                                                                    | ✓                               |     |      |
| 6                                              | Fotocopia de la Tarjeta Profesional.                                                                                                |                                 |     | ✓    |
| 7                                              | Libreta Militar (para hombres hasta los 50 años de edad).                                                                           |                                 |     | ✓    |
| 8                                              | Certificado Antecedentes Judiciales. (no superior a 3 meses Persona natural)                                                        | ✓                               |     |      |
| 9                                              | Certificado de Antecedentes Disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación. (no superior a 3 meses Persona natural)         | ✓                               |     |      |
| 10                                             | Certificado de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la Nación. (no superior a 3 meses Persona natural)           | ✓                               |     |      |
| 11                                             | Certificado de Medidas Correctivas RNMC. (no superior a 3 meses Persona natural)                                                    | ✓                               |     |      |
| 12                                             | Soportes académicos- copia de los títulos de estudio obtenidos.                                                                     | ✓                               |     |      |
| 13                                             | Certificaciones de experiencia.                                                                                                     | ✓                               |     |      |
| 14                                             | Certificado Afiliación EPS vigente como independiente (Persona natural) No planilla                                                 |                                 |     |      |
| 15                                             | Certificado Afiliación Pensión vigente como independiente (Persona natural) No planilla.                                            | ✓                               |     |      |
| 16                                             | SFCOP (Pantallazo con fecha vigente).                                                                                               | ✓                               |     |      |
| 17                                             | Certificación de cuenta bancaria activa.                                                                                            | ✓                               |     |      |
| 18                                             | Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT) expedido por la DIAN (actualizado)                                                    | ✓                               |     |      |
| 19                                             | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP)                                                                                    | ✓                               |     |      |
| 20                                             | Certificado de Existencia y Representación expedido por Cámara de Comercio (vigencia no superior los 30 días calendario).           |                                 |     | ✓    |
| 21                                             | Certificación de paz y salvo de pago de aportes de salud, pensión y parafiscales expedido por el Revisor Fiscal (Persona Jurídica). |                                 |     | ✓    |
| 22                                             | Certificado de Salud Ocupacional (Vigencia 3 años).                                                                                 | ✓                               |     |      |
| 23                                             | Cotización (Según la selección de la modalidad de contratación).                                                                    |                                 |     |      |

|                                                                                  |                                               |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|
|  | GESTION JURIDICA Y CONTRACTUAL                | Fecha de Aprobación.<br>17/01/2022 |
|                                                                                  | LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN |                                    |
|                                                                                  | Aprobado por: Jefe de Planeación              | Versión: 03                        |

|    |                                   |  |  |  |
|----|-----------------------------------|--|--|--|
| 24 | Resolución adjudicación contrato. |  |  |  |
| 25 | Carpeta tamaño oficio pasta dura. |  |  |  |

| CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DOCUMENTOS PRECONTRACTUALES                                                                                                              |       |        |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-----------------|
| El abajo firmante declara que ha revisado la documentación arriba relacionada y que la encuentra completa y ajustada a las normas y disposiciones legales vigentes. |       |        |                 |
| Cargo                                                                                                                                                               | Fecha | Folios | Firma           |
| Supervisor del contrato                                                                                                                                             |       | 43     | Freddy Williams |
| Director jurídico                                                                                                                                                   |       |        |                 |

| ETAPA CONTRACTUAL Y DE EJECUCIÓN. |                                      |        |    |      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------|----|------|
| N<br>o                            | DOCUMENTOS                           | Cumple |    | N/A. |
|                                   |                                      | Sí     | No |      |
| 26                                | Contrato                             | ✓      |    |      |
| 27                                | Póliza                               |        |    | ✓    |
| 28                                | Resolución de aprobación de póliza   |        |    | ✓    |
| 29                                | Afiliación a Riesgos Laborales       | ✓      |    |      |
| 30                                | Certificado de Registro Presupuestal | ✓      |    |      |
| 31                                | Acta de inicio                       | ✓      |    |      |

| CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DOCUMENTOS CONTRACTUALES                                                                                                                 |       |        |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-----------------|
| El abajo firmante declara que ha revisado la documentación arriba relacionada y que la encuentra completa y ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. |       |        |                 |
| Cargo                                                                                                                                                               | Fecha | Folios | Firma           |
| Supervisor del contrato                                                                                                                                             |       | 43     | Freddy Williams |
| Director jurídico                                                                                                                                                   |       | 43     |                 |



# Rosett Mary Quintero Ramírez

- Cc: 1.123.633.886
- Ocre: 227842
- Dirección: Barrio obrero (Diagonal Tienda la campana)
- Teléfono: 3175026429
- E-mail: rosettmmary1995@hotmail.com

## COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO

### Quién soy:

Comunicadora Social y Periodista de la Universidad Sergio Arboleda, con capacidad de redactar, editar y presentar información para medios impresos, radiales y televisivos, con sentido ético y creativo con énfasis en comunicación visual y manejo organizacional. Responsable y asertiva, con habilidad para la adaptación del trabajo en equipo, capacidad de liderazgo, emprendimiento y autodeterminación dentro del desarrollo y cumplimiento del deber.

## EXPERIENCIA PROFESIONAL

### GOBERNACIÓN DEPARTAMENTAL, Secretaría de Gobierno

De 12/08/2021  
30/11/2021  
(SAI -  
COLOMBIA)

*Tareas realizadas: Diseño de publicaciones y herramientas de divulgación de la misma. Promoción de las actividades propias de la secretaria y diseño de cronograma de actividades a desarrollar.*

### GOBERNACIÓN DEPARTAMENTAL, Secretaría de Desarrollo Social

De 01/07/2020  
1/12/2020  
(SAI -  
COLOMBIA)

*Tareas realizadas: Apoyo logístico para el desarrollo de talleres y conferencias, funciones varias en el programa familias y residentes de la isla.*

### ISLANDER, Auxiliar Administrativo

De 01/05/2019  
31/12/2019  
(SAI -  
COLOMBIA)

*Tareas realizadas: Archivo de documentos, funciones varias en el departamento administrativo.*

## PROGRAMAS MANEJADOS

Excel  
PowerPoint  
Word  
Adobe effects  
Adobe premiere

## REFERENCIAS LABORALES

**Jaison Calderón**  
NTN24 | Director de contenidos  
Teléfono: 3132396009

**Carlos Suarez**  
Transportes S.O | Gerente  
Teléfono: 3153035103

De 15/04/2019  
15/08/2019  
(SAI -  
COLOMBIA)

**TRANSPORTES TURISTICOS SUAREZ OSORIO,**  
Jefe de reservas

*Tareas realizadas: Administradora de reservas,  
servicio al cliente, funciones varias.*

De 01/06/2019  
30/06/2019  
(SAI -  
COLOMBIA)

**MUUV SAS,**  
Presentadora

*Tareas realizadas: Presentadora de eventos,  
prestación de servicios, asesorías en el  
departamento administrativo.*

De 23/07/2018  
23/01/2019  
(BOGOTA -  
COLOMBIA)

**CANAL RCN Y NTN24,**  
Practicante

*Tareas realizadas: Desarrollo de noticias,  
redacción de titulares y edición de los mismos,  
redacción de notas periodísticas.*

De 09/12/2016  
14/12/2016  
(SAI -  
COLOMBIA)

**CREATING MEDIOS,**  
Presentadora

*Tareas realizadas: Presentación de magazine  
Navideño.*

---

## ESTUDIOS

---

2012  
SAI- COLOMBIA

BACHILLER  
*Institución Educativa Sagrada Familia*

2021  
BOGOTA -  
COLOMBIA

COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO  
*Universidad Sergio Arboleda*

## REFERENCIAS PERSONALES

**Rosett Ramírez**

Asconta Financiera | Contadora  
Teléfono 3174006084  
E-mail: rosett1968@hotmail.com

**Maywi Cardona**

ISLANDER | Administradora  
Teléfono: 3186903885

El servicio público  
es de todosFunción  
Pública

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                                        |  |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                        |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>QUINTERO                                                                                                                                            |  | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )<br>RAMIREZ |                                                                                                                                                                                                                                                | NOMBRES<br>ROSETT MARY                                                                 |                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1123633886                               |  |                                             | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>                                                                                                                                                                             | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAÍS<br>Colombia |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO D.M.                                                                 |  |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                        |                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA 16 MES 12 AÑO 1995<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina<br>MUNICIPIO SAN ANDRÉS |  |                                             | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>BARRIO OBRERO DIAG TIENDA CAMPANA CASA OBRERO<br>PAÍS Colombia DEPTO Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina<br>MUNICIPIO SAN ANDRÉS<br>TELÉFONO 3175026429 EMAIL rosettmmary1995@hotmail.com |                                                                                        |                  |

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

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

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURA CRONOLÓGICA, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),  
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|------------------------------------------|-------------|------|----------------------------|
|                     |                         | SI       | NO |                                          | MES         | AÑO  |                            |
| UN                  | 10                      | X        |    | COMUNICACION SOCIAL Y PERIODISMO         | 06          | 2021 |                            |

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

| IDIOMA | LO HABLA |   |    | LO LEE |   |    | LO ESCRIBE |   |    |
|--------|----------|---|----|--------|---|----|------------|---|----|
|        | R        | B | MB | R      | B | MB | R          | B | MB |
| Inglés |          | X |    |        | X |    |            | X |    |

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTURA CRONOLÓGICA COMENZANDO POR EL ACTUAL.

| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                                         |                                            |                                                             |                  |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACIÓN DEPARTAMENTAL                           | PÚBLICA<br>X                               | PRIVADA                                                     | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | MUNICIPIO<br>SAN ANDRÉS                    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                  |                  |
| TELÉFONOS                                                                | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 12 MES 08 AÑO 2021 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 27 MES 11 AÑO 2021                   |                  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>Secretaria de gobierno PCNTR.2755554          | DEPENDENCIA<br>Secretaria de Gobierno      | DIRECCIÓN<br>AV.FRANCISCO NEWBALL- 30 EDIFICIO CORAL PALACE |                  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                               |                                            |                                                             |                  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ISLANDERS CARE SERVICES INTEGRATED                  | PÚBLICA                                    | PRIVADA<br>X                                                | PAÍS             |
| DEPARTAMENTO                                                             | MUNICIPIO                                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                  |                  |
| TELÉFONOS                                                                | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 01 MES 05 AÑO 2019 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 12 AÑO 2019                   |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>AUXILIAR ADMINISTRATIVA                              | DEPENDENCIA                                | DIRECCIÓN                                                   |                  |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                            |                                            |         |                                           |      |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------|-------------------------------------------|------|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>TRANSPORTE SUAREZ OSORIO                         |                                            | PÚBLICA | PRIVADA<br>X                              | PAÍS |  |
| DEPARTAMENTO                                                          | MUNICIPIO                                  |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |      |  |
| TELÉFONOS                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 15 MES 04 AÑO 2019 |         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 15 MES 08 AÑO 2019 |      |  |
| CARGO O CONTRATO<br>CORDINACION DE RESERVAS Y ADMINISTRATIVAS         | DEPENDENCIA                                |         | DIRECCIÓN                                 |      |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                            |                                            |         |                                           |      |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MUUV                                             |                                            | PÚBLICA | PRIVADA<br>X                              | PAÍS |  |
| DEPARTAMENTO                                                          | MUNICIPIO                                  |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |      |  |
| TELÉFONOS                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 01 MES 06 AÑO 2017 |         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 06 AÑO 2019 |      |  |
| CARGO O CONTRATO<br>COORDINACION Y PRESENTACION EN EL EVENTO CARIBBEA | DEPENDENCIA                                |         | DIRECCIÓN                                 |      |  |

4

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5

## OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |

**1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |

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

|                                 |                             |    |
|---------------------------------|-----------------------------|----|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | N° |
|                                 | C.C. C.E. T.I.              |    |

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|----------------------------|------------------------|
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |

**3. FIRMA**

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.633.886  
QUINTERO RAMIREZ

APELLIDOS  
ROSETT MARY

NOMBRES

Rosett Quintero R

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-DIC-1995  
SAN ANDRES  
(SAN ANDRES)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G S RH

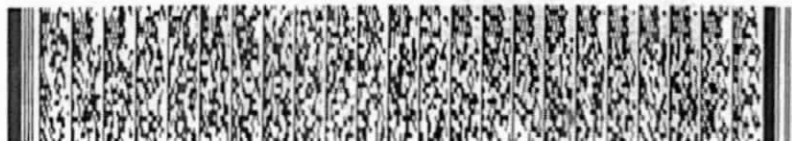
F

SEXO

23-DIC-2013 SAN ANDRES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P 5600100-00549091-F-1123633886-20140222

0037346794A 1 34891598

4

 DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES  
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

OCCRE C 227842

**Apellidos** : QUINTERO RAMIREZ

**Nombres** : ROSETT MARY

**Tipo de Idem** : Cedula de Ciudadania

**Identific.** : 1123633886

**Nacido** : SAN ANDRES ISLA

**Depto.** : SAN ANDRES Y PROV



VENCE

NO ES VALIDO SIN  
LAMINAR

Observaciones:  
RESIDENTE





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

ENTIDAD RECEPTORA

**1. DECLARACION JURAMENTADA****1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, ROSETT MARY QUINTERO RAMIREZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.123.633.886 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento SAN ANDRES ISLAS Municipio SAN ANDRES ISLAS

Dirección Barrio Obrero Dig Tienda la Campana Teléfonos 3175026429 - 5125125

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS        | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|----------------------------|------------------------|------------|
| ROSETT MARY RAMIREZ AGAMEZ | 40.985.930             | MADRE      |
| SHAKIRA QUINTERO RAMIREZ   | 1.123.631.045          | HERMANA    |
| ADRIANA ARROYO RAMIREZ     | 1.123.637.069          | HERMANA    |
| SILVIA ARROYO RAMIREZ      | 1.123.637.070          | HERMANA    |
|                            |                        |            |
|                            |                        |            |
|                            |                        |            |
|                            |                        |            |

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

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

| CONCEPTO                            | VALOR                |
|-------------------------------------|----------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES |                      |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  |                      |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | -                    |
| ARRIENDOS                           | -                    |
| HONORARIOS                          | 6.000.000            |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | 12.146.060           |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>\$ 18.146.060</b> |

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 |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| BANCOLOMBIA        | AHORROS        | 34840299211         | SAN ANDRES ISLA   | \$ 26.000          |
|                    |                |                     |                   |                    |
|                    |                |                     |                   |                    |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|--------------|-------------------------|-------|
|              |                         |       |
|              |                         |       |
|              |                         |       |
|              |                         |       |

EMPLEADOR O CONTRATANTE



**POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA**

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:08:28 PM horas del 18/01/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1123633886**

Apellidos y Nombres: **QUINTERO RAMIREZ ROSETT MARY**

### **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.



Dirección: Calle 18A # 69F-45  
Zona Industrial, barrio  
Montevideo, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: lunes a  
viernes 7:00 am a 1:00 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:  
lineadirecta@policia.gov.co

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO

No. 187690270



WEB

13:11:35

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 18 de enero del 2022

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) ROSETT MARY QUINTERO RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1123633886:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

MARIO ENRIQUE CASTRO 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.

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

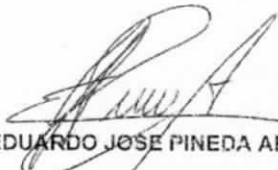
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 18 de enero de 2022, a las 13:13:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | CC                     |
| No. Identificación     | 1123633886             |
| Código de Verificación | 1123633886220118131332 |

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.



EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA  
Contralor Delegado



## 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, 18/01/2022 01:17:28 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1123633886** y Nombre: **ROSETT MARY QUINTERO RAMIREZ.**

## 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. **29178424** . 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

Información 5159000

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

[www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co)

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

# La Institución Educativa De La Sagrada Familia

SAN ANDRÉS - ISLA

CON RENOVACIÓN DE LICENCIA DE RECONOCIMIENTO OFICIAL  
MEDIANTE RESOLUCIÓN N°000319 DE ENERO 28 DE 2011

CONFIERE A

## Rosett Mary Quintero Ramirez

IDENTIFICADO (A) CON T.I. No. 95121609917 DE San Andrés Isla

EL TÍTULO DE:

## Bachiller Académico

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

*Hna. Dora Carolina Martínez Contreras*  
RECTORA

*Carlos del Realio Lopez*  
SECRETARIA



Dado en San Andrés Isla, a 1 de Diciembre de 2012

Registrado para efectos legales, de conformidad con el artículo 2  
del Decreto Nacional 921 del 6 de Mayo de 1994, en



## *Institución Educativa De La Sagrada Familia*

Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

Resolución Renovación Licencia de Funcionamiento N°. 000319 de enero 20 de 2011

\*Inscripción Secretaría de Educación N° 3018 de 2012

DANE 388001000088

Carretera San Luis. Teléfono 5125616

Jornada: MAÑANA

En la ciudad de San Andrés, Isla a los 01 días del mes de Diciembre de 2012, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las señorías Rectora y Secretaria, en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA "SAGRADA FAMILIA", autorizada por la Secretaría de Educación Departamental, para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO, así como para expedir el respectivo diploma, a quienes culminen los estudios de la Educación Media y cumplan con todos los demás requisitos de ley. Habiendo comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de la Educación Media, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO, al graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

QUINTERO RAMIREZ ROSETT MARY  
T.I. N° 951216-09917 SAN ANDRÉS ISLA

Es fiel copia tomada del Acta Original General N°. 51 de fecha Diciembre 01 de 2012 que consta de 103 estudiantes, iniciando con el nombre de YETZEN ACOSTA SUAREZ, con documento de identidad N° 951024-12100 de San Andrés, Isla y se cierra con el nombre de ESTEPIHANYE YOLI OTALORA con documento de identidad N° 950920-13490 de San Andrés, Isla.

Dada en San Andrés, Isla, a los 01 días del mes de DICIEMBRE de 2012

Firmado

*Hna Diana Constanza Patón Campuzano*  
HNA. DIANA CONSTANZA PATÓN CAMPUZANO  
C.C. No. 43.558.642 de Medellín  
Rectora

*Circe del Rosario Tobar Villota*  
CIRCE DEL ROSARIO TOBAR VILLOTA  
C.C. No. 39.154.808 de San Andrés, Isla  
Secretaria (e)



Instituto de Física, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Caixa Postal 68.529, Maracanã, 21700-970, Rio de Janeiro, RJ, Brazil  
E-mail: roberto@fisica.ufrj.br



Identificador: iuzh PmkJ PJH nS4 n6 \*\*BA =k22  
URL: <https://ojs.ccsenet.org/ceda/ceda/article/view/100000>

# Rosett Mary Quintero Ramírez

Cursó y aprobó satisfactoriamente todos los estudios y cumplió los requisitos establecidos por la Universidad y las disposiciones legales, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le otorga el título de

# Comunicador Social y Periodista

En fe de todo lo cual, firmamos y sellamos este diploma en la ciudad de Bogotá, D.C.

El día 30 del mes de junio del año 2021.

Handwritten:

## DECANO

SECRETARIO GENERAL

Acta No. 1820

Tomo No. XIX

Folio No. 008



# UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA

Secretaría General

NIT. 860.351.894-3

Universidad Sergio Arboleda Código SNIES 1728 - Resolución No. 16377 del 29 de Octubre de 1984 y 6423 del 05 de Agosto de 2011  
Ministerio de Educación Nacional - Carácter académico: Universitario. Institución sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional.  
En cumplimiento de la resolución 12220 del 20 de junio de 2016, visite: <http://www.usergioarboleda.edu.co/institucional/>

**VIGILADA**  
MINEDUCACIÓN

El Suscrito Secretario General de la **UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA** certifica que este documento es copia textual del Acta General de Grado No. 1820 del 30 de junio de 2021, de la Escuela de Ciencias de la Comunicación, programa académico Comunicación Social y Periodismo:

## “ACTA DE GRADO No. 1820

En Bogotá D.C., a los treinta (30) días de junio de dos mil veintiuno (2021), la UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA llevó a cabo la graduación, con el fin de otorgar, previo el juramento de rigor, el título de **COMUNICADOR SOCIAL Y PERIODISTA**, a la Señora **ROSETT MARY QUINTERO RAMÍREZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.123.633.886 expedida en San Andrés, cumplió los requisitos establecidos por la Universidad y por las disposiciones legales.”

El acta comienza con el nombre de **CINDY YULIETH CALLE PARAMO** y cierra con el nombre de **MILADY RODRÍGUEZ LÓPEZ**.

TOMO: XIX FOLIO: 008

Es fiel copia del original que reposa en los archivos.  
Bogotá D.C., 30 de junio de 2021.

**JUAN CARLOS CÁRDENAS NIÑO**  
Secretario General

Elaborado por: DAVM



**ISLANDERS CARE INTEGRATED SERVICES SAS**

**N.I.T No 09008754722**

islanderscareintegratedservices@gmail.com

**CERTIFICA:**

Por medio del presente damos constancia que la señora **ROSETT QUINTERO RAMIREZ**, identificado con la cedula de ciudadanía número **1.123.633.886** labora en la empresa desde 01 de mayo 2019 hasta el 31 diciembre de 2019 por contrato de prestación de servicios, devengando un sueldo de \$ **800.000**, ejerciendo el cargo de Auxiliar Administrativo.

Se expide el presente documento al 04 de enero de 2019, para los fines que el interesado crea conveniente.

Atentamente,

  
**ELVA KARINA CARDONA SAAVEDRA**  
C.C. 40.994.174



16

*Empresa de Transporte para Servicio Especial*  
*Nit 827.000.103-0*

## CERTIFICA

Que la señora **ROSETT QUINTERO RAMIREZ** identificada con cédula N **1.123.633.886** expedida en San Andrés Islas, laboró con la empresa desde el **15 de abril del 2019** hasta el **15 de agosto del 2019** cumpliendo a cabalidad con las funciones encomendadas.

La presente se expide a la solicitud de la interesada, en la Isla de San Andrés a los días 05 días del mes de enero 2020.

Atentamente,

**CARLOS E. SUAREZ OSORIO**  
Gerente

*Estamos comprometidos con la conservación del medio ambiente, Cúidalo!*

Via a San Luis bis Round Point Orange Hill Tel: 5128296 – 5125208 San Andrés Islas  
[trasuarez@hotmail.com](mailto:trasuarez@hotmail.com), [gerenciageneral@suarezosorio.com](mailto:gerenciageneral@suarezosorio.com)





## CERTIFICO

Que la señora **QUINTERO RAMIREZ ROSETT MARY** identificada con cédula No 1123633886, estudiante de COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO de la UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA, realizó sus prácticas profesionales desde el **23 de julio de 2018** hasta el **22 de enero de 2019** en el programa **EL INFORMATIVO**, de NTN24.

La presente se expide a solicitud de la interesada, en la ciudad de Bogotá D.C., a los 22 días del mes de enero de 2019.

Cordialmente,

  
**Jeisson Calderon Bonilla.**  
Director de informativos.  
NTN 24 S.A.S

 NTN24 S.A.S  
NUESTRA TELE NOTICIAS NIT.900.368.651-1

CARIBBEAN  
MODEL  
FASHION  
FEST 2019

# RECONOCIMIENTO

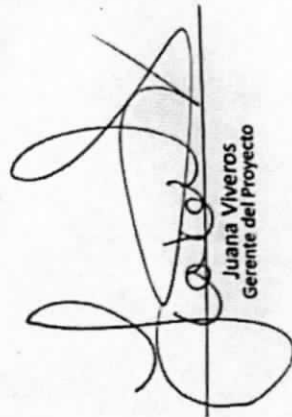
## HONORIFICO

# ROSETT MARY QUINTERO RAMIREZ

En agradecimiento por estar dispuesto a hacer parte de los proyectos de la isla y tener el corazón abierto para con nuestra comunidad.  
Este proyecto apunta a abrirle un espacio a nuevos alternativas de promoción turística, cultural, comercial y social  
teniendo como actor principal la industria creativa de la moda y el emprendimiento.

  
Stella Smith  
Coordinadora del Proyecto



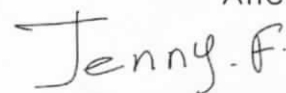
  
Juana Viveros  
Gerente del Proyecto

### HACE CONSTAR QUE:

**ROSETT MARY QUINTERO RAMÍREZ**, identificada con cédula de ciudadanía N-1.123.633.886 expedida en san Andrés Isla, estuvo vinculado a **CREATING MEDIOS S.A.S** (NIT N° 900.054.507-9), cumpliendo con la función de prestación de servicios como presentadora del programa **NAVIDAD TELEISLAS**, entre el 09 y el 14 de diciembre del año 2016, realizado para el canal regional TELEISLAS.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado, el día veintiséis (26) de febrero del año 2020.

Atte.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Jenny-F.", is written over the printed name.

**JENNY FLORES CORPUS**

Representante Legal Creating Medios S.A.S  
CC. 40.988.672



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ROSETT MARY QUINTERO RAMIREZ identificado(a) con CC 1123633886 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

|                          |                                                                              |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Activación de   | 01/04/2020                                                                   |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO                                                                       |
| IPS:                     | E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRES,<br>PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA |
| Categoría:               | A                                                                            |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 19 días del mes de enero del año 2022.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones  
Nueva EPS S.A



**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:**

**ROSETT MARY QUINTERO RAMIREZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.633.886**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



## Certificado de Aportes

Se certifica que ROSETT MARY QUINTERO RAMIREZ identificado(a) con CC 1123633886 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

| APORTANTE: QUINTERO RAMIREZ ROSETT MARY CC 1123633886 |            |               |            |        |        |                              |                        |         |      |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-------------------------------------------------------|------------|---------------|------------|--------|--------|------------------------------|------------------------|---------|------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Clave Planilla                                        | Clave Pago | Tipo Planilla | Fecha Pago | Riesgo | Código | Administradora               | Concepto               | Periodo | Días | Novedades |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                       |            |               |            |        |        |                              |                        |         |      | ing       | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sin | lge | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 9429561387                                            | 1282794403 | I             | 2022-01-13 | EPS    | EPS037 | NUEVA E.P.S.                 | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2021-12 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 9429561387                                            | 1282794403 | I             | 2022-01-13 | AFP    | 230301 | PORVENIR                     | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2021-12 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 9429561387                                            | 1282794403 | I             | 2022-01-13 | ARL    | 14-23  | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2021-12 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2022-01-18 a las 18:01.

22

[aumentar el contraste](#)UTC -5 18:06:10  
ROSETT QUINTERO R...[Buscar](#) [mis procesos](#) [Menú](#) [Ir a](#)Escritorio → **Configuraciones de Perfil**Id de página: 14005862 [ayuda](#) [editar](#)[Mis datos de usuario](#)[Noticias SECOP](#)[Mis registros](#)[Accesos del usuario](#)[Términos y condiciones de uso](#)

### información del usuario

**Género** Femenino**Carga****título****nombre completo****Nombre y apellido** ROSETT QUINTERO RAMÍREZ**codigo del empleado****Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía**numero de documento** 1123633886**Fecha de emisión****Expedido por** SAN ANDRÉS ISLAS**Fecha de caducidad****direccion** barrio obrero cavar tienda campana**codigo postal****Estado****municipio** San Andrés Islas**pais** COLOMBIA**Correo electrónico** rosettmay1995@hotmail.com**Telefono****celulares** 3175026429**número de fax**

### Configuración

**zona horaria** (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito**Idioma** Español (Colombia)**Configuracion regional** Español (Colombia)

### seguridad de la informacion

**pregunta de seguridad** ¿Cuál es tu apodo?**Respuesta** María**celulares** 3175026429[editar](#)

# Certificado Bancario

Martes, 11 de enero de 2022

Señor(a)  
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ROSETT MARY QUINTERO RAMIREZ identificado(a) con CC 1123633886, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto          | No. Producto | Fecha Apertura | Estado | Saldo    |
|-------------------|--------------|----------------|--------|----------|
| CUENTA DE AHORROS | 34840299211  | 2015/04/01     | ACTIVA | 1,942.10 |

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

  
Juan Camilo Moreno Gómez  
Gerente Estrategia Canal Telefónico

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14685121567



(415)7707212489984(8020) 000001468512156 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 2 3 6 3 3 8 8 6

6. DV

12. Dirección seccional  
Impuestos y Aduanas de San Andrés

14. Buzón electrónico

2 7

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 1 2 3 6 3 3 8 8 6

27. Fecha expedición

2 0 1 3, 1 2, 2 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

San Andrés

8 8

30. Ciudad/Municipio

San Andrés

0 0 1

31. Primer apellido

QUINTERO

32. Segundo apellido

RAMIREZ

33. Primer nombre

ROSETT

34. Otros nombres

MARY

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

San Andrés

8 8

40. Ciudad/Municipio

San Andrés

0 0 1

41. Dirección principal

BRR BARRIO OBREO DG TDA LA CAMPANA

42. Correo electrónico

rosettmary1995@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 7 5 0 2 6 4 2 9

45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 9, 0 3, 2 9

**Actividad secundaria**

48. Código

49. Fecha inicio actividad

**Otras actividades**

50. Código

1 2

**Ocupación**

51. Código

52. Número establecimientos

**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

2 0

20- Obtención NIT

**Obligados 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

2020 - 02 - 25

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre QUINTERO RAMIREZ ROSETT MARY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

| SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO<br>JERRY RANKIN                                                                                                                                                                                                        |                                     | APL: 10564 - HC: 10672<br>Tel: 3213911647                                                                         |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Empresa Contratante:                                                                                                                                                                                                                                   | INDEPENDIENTE                       | FECHA:                                                                                                            | 2021/07/29                          |
| Empresa a Laborar:                                                                                                                                                                                                                                     | INDEPENDIENTE                       |                                                                                                                   |                                     |
| TIPO DE EXAMEN:                                                                                                                                                                                                                                        | PRE-INGRESO                         | Edad:                                                                                                             | 25 Años                             |
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                                | ROSETT MARY QUINTERO RAMIREZ        | CC:                                                                                                               | 1123633886                          |
| CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                 | CONTRATISTA                         | CIUDAD:                                                                                                           |                                     |
| CONCEPTOS GENERALES POR TIPO DE EXAMEN                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| Examen de PRE-INGRESO                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| Condición de salud sin restricciones                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | Condición de salud con restricción que no interfiere con su cargo                                                 | <input type="checkbox"/>            |
| 1.2 Examen Periódico                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| Puede continuar laborando                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>            | Aplazado                                                                                                          | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | Reasignación de tareas                                                                                            | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | Temporalidad:                                                                                                     | <input type="checkbox"/>            |
| 1.3 Examen periódico seguimiento de recomendaciones                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| Puede continuar laborando                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>            | Condición de salud con restricción que interfiere con su cargo                                                    | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | Reasignación de tareas                                                                                            | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | Temporalidad:                                                                                                     | <input type="checkbox"/>            |
| 1.4 Reintegro / Post - Incapacidad                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| Reincorporación al Puesto de trabajo                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>            | Condición de salud con restricción que interfiere con su cargo                                                    | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | Reasignación de tareas                                                                                            | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | Temporalidad:                                                                                                     | <input type="checkbox"/>            |
| 1.5 EGRESO                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| Realizado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| EXÁMENES COMPLEMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| Optometría                                                                                                                                                                                                                                             | Espirometría                        | Audiometría                                                                                                       | Prueba Psicotécnica                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                                          | <input type="checkbox"/>            |
| CONCEPTO DE ACUERDO AL ÉNFASIS                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| Énfasis                                                                                                                                                                                                                                                | Apto/No cumple                      | Condición de salud con restricción que interfiere con su cargo                                                    | Observaciones                       |
| Seguridad vial                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                                          |                                     |
| Espacios confinados                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                                          |                                     |
| Alturas                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                                          |                                     |
| Alimentos                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                                          |                                     |
| Actividad deportiva                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                                          |                                     |
| Brigadista                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                                          |                                     |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                                          |                                     |
| ÉNFASIS OSTEO MUSCULAR REALIZADO (SI)                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| RECOMENDACIONES GENERALES                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| Control Nutricional en su EPS                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>            | Control periódico por PyP en su EPS                                                                               | <input type="checkbox"/>            |
| Continuar manejo Médico                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>            | Uso de E.P.P. de acuerdo al cargo                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Control periódico ocupacional                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | Pausas Activas                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Habitos de vida saludable                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | Ingreso a P.V.E.                                                                                                  | <input type="checkbox"/>            |
| Posturas Ergonómicas                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | Uso de bloqueador Solar                                                                                           | <input type="checkbox"/>            |
| Recomendaciones para manejo de cargas                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Siglas: EPS: Entidad Promotora de salud - PYP: Promoción y Prevención - ARL: Administradora de Riesgos Laborales. |                                     |
| Observaciones: ADOPTAR POSTURAS ERGONOMICAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR EPP, PROMOVER LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO Y CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIODSEGURIDAD DE LA EMPRESA.                                      |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| Priorizar en los programas de vigilancia, los riesgos definidos en la matriz de la entidad.                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| OSTEO MUSCULAR: Higiene Postural; estiramientos, Pausas activas                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| MANIPULACION DE ALIMENTOS: Lavado de manos; BPM (Buenas Prácticas de Manufactura).                                                                                                                                                                     |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| VISUAL: Pausas activas visuales, iluminación adecuada en el puesto de trabajo. Educación y prevención en higiene visual, Uso de protección visual según tipo de exposición.                                                                            |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| ALTURAS: Certificación en alturas y Capacitación al personal.                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| PIEL: Reportar alteraciones en la piel, uso de protección en zonas expuestas a agentes irritantes..                                                                                                                                                    |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| RESPIRATORIA: Protección según exposición, Uso de E.P.P. (elementos de protección respiratoria).                                                                                                                                                       |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| BIOLÓGICO: Verificación del esquema de vacunación, Uso de elementos de bioseguridad según riesgos.                                                                                                                                                     |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| OTRO:                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| RECOMENDACIONES / EMPRESA                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| CAPACITAR SOBRE EL MANEJO Y MOVILIZACIÓN DE CARGAS, ADOPTAR POSTURAS ERGONOMICAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR EPP, PROMOVER LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO Y CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIODSEGURIDAD DE LA EMPRESA. |                                     |                                                                                                                   |                                     |
| RECOMENDACIONES / TRABAJADOR                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                                                                                                   |                                     |

|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO RESPECTO A MI ESTADO DE SALUD ES REAL Y QUE PUEDE SER CONSTATADA.                                                   |                                                                                                                                                              |
| FIRMA DEL MEDICO<br><br>Reg. Médico: 28040/88 Licencia Salud Ocupacional SET 5019 | FIRMA DEL PACIENTE<br><br>ROSETT MARY QUINTERO RAMIREZ<br>C.C 1123633886 |

27  
San Andrés Isla, enero 2022

Señora,

**EMILIANA BERNARD STEPHENSON**

Gerente Teleislas

San Andrés Isla

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

Respetuosamente presento a usted mi propuesta de trabajo para prestar los servicios personales como **REPORTERA**, en el desarrollo de actividades para la Sociedad de Televisión de las islas Ltda - TELEISLAS-.

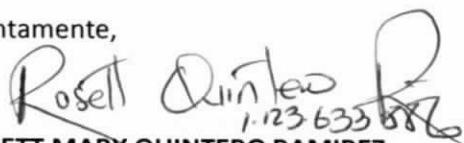
Los alcances del objeto contractual serían los siguientes:

- Realizar notas, investigaciones, entrevistas, crónicas y reportajes para el programa EN FAMILIA.
- Elegir información según criterios de la línea editorial establecida por el director y concejos de redacción.
- Priorizar la información seleccionada por la importancia que ésta tenga.
- Cumplir con el número de notas requeridas por el director del programa EN FAMILIA.
- Verificar completamente la información.
- No difundir una información de la que no se dispone pruebas, fuentes o bases que la apoyen para que ésta quede constatada.
- Transmitir la información que considera importante para el público de tal forma, que consiga llegar al mayor número de personas posibles.
- Acatar el manual de ética del canal regional Teleislas.
- Otras actividades asignadas por el supervisor del contrato en el marco del objeto contractual.

**PLAZO DE EJECUCIÓN: ONCE (11) MESES Y CUATRO (4) DIAS**

**VALOR:** El valor de la presente propuesta es Veintitres millones noventa mil quinientos treinta y tres pesos **(\$23.090.533)**

Atentamente,

  
**ROSETT MARY QUINTERO RAMIREZ**

**C.C. N° 1.123.633.886 DE SAN ANDRES ISLAS.**

# Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

ROSETT MARY QUINTERO RAMIREZ

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1123633886

Fecha nacimiento / Date of birth

16/12/1995

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3175026229

Correo electrónico / e-mail

rosettmary1995@hotmail.com



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

-

Lote / Vaccine Batch

202105013P

202105060K

-

Vacuna / Vaccine

SINOVAC LIFE  
SCIENCES

SINOVAC LIFE  
SCIENCES

-

Centro vacunador / Administering Center

ENTIDAD  
PROMOTORA DE  
SALUD SANITAS S.A.

ENTIDAD  
PROMOTORA DE  
SALUD SANITAS S.A.

-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

17/06/2021

21/07/2021

-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

-

Sello digital / Digital Stamp

F3SHXKUA2DZGZ3TDJEST  
CKWHWG675L6WYNNLGF2  
Y4WRZFZRZEZDQ

GKMFYBWPAMESXG7KZ5  
NSQKDZOKC5E2QGJJFN6  
NSSKXICZH6OWA

-

Fecha de emisión del documento / Document issued

17/12/2021

17/12/2021

-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soporteativacuna@minsalud.gov.co



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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

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

Ver certificado en MiVacuna

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

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

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

View certificate in MiVacuna

|                                                                                   |                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL                                   | Fecha de aprobación:<br>03/09/2020 |
|                                                                                   | ESTUDIOS PREVIOS                                      | Versión: 03                        |
|                                                                                   | Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación |                                    |

| DATOS DEL ÁREA GESTORA | DEPENDENCIA SOLICITANTE | DIRECCION DE PRODUCCION |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                        | NOMBRE DEL SERVIDOR     | FREDDY WILLIAMS         |

#### ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA Y NECESIDAD

Que la **SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LIMITADA, TELEISLAS**, sociedad entre entidad pública del orden departamental, organizada como Empresa Industrial y Comercial del Estado, constituida por escritura pública No. 1846 de la notaría primera de San Andrés del 31 de Diciembre de 1997, inscrita el 18 de Febrero de 1999, bajo el No. 3973 de libro IX, aclarada con las escrituras públicas No. 1318 del 13 de Agosto de 1998 y 1087 del 30 de Junio de 1998, inscritas el 18 de Febrero bajo los número 3974 y 3975 respectivamente del libro IX de la misma notaría, con reforma estatutaria inscrita el 10 de Mayo de 2006 con el No. 543, con NIT 827000481-1, con domicilio en la isla de san Andrés

Que TELEISLAS es un canal que presta el servicio de Televisión Pública Regional, con cobertura en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, de conformidad con lo consagrado en la Ley 14 de 1991, la Ley 182 de 1995, Ley 335 de 1996, Ley 680 del 2001 y demás normas concordantes para el desarrollo de la televisión pública regional en la República de Colombia, para la realización de programas de televisión con contenidos educativos, culturales y de promoción para el desarrollo integral de la comunidad.

Que el Canal Regional de Televisión TELEISLAS, desarrolla su actividad contractual en marco de los postulados del derecho privado, dentro de las condiciones normativas indicadas en el artículo 37 de la Ley 182 de 1995 y el acuerdo 006 de 2015

Que el inciso segundo del artículo 39 de la ley 182 de 1995 estipula que los Canales Regionales de Televisión son sociedades entre entidades públicas organizadas como empresas Industriales y Comerciales del estado y que, en ejercicio del artículo 85 de la Ley 489 de 1998, cuenta con autonomía administrativa y financiera para desarrollar las actividades y actos administrativos previstos en la ley para el cumplimiento de su objeto social.

Que el artículo 21 de la Ley 1978 de 2019, que modifica el artículo 34 de la Ley 1341 de 2009, crea el Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y, asimismo, establece los lineamientos para la destinación de los recursos que se apropien del Fondo.

Que mediante la Resolución 000085 del 31 de enero de 2020 expedida por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, se hace la reglamentación del procedimiento para la asignación y ejecución de los recursos del Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para los operadores públicos de televisión.

Que la Resolución 1200 de 2019 y la Resolución 000085 de 2020 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones consagran las siguientes líneas de inversión: 1) Contenido de programación educativa y cultural multiplataforma 2) Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica instalada para la producción, emisión y transporte de la señal. 3) Estudios, investigaciones y mediciones dentro del marco del servicio de televisión, que permitan el conocimiento de las audiencias. 4) Formación y capacitación para el fortalecimiento de los operadores públicos. 5) Recuperación, preservación, digitalización y catalogación del patrimonio audiovisual. 6) Gastos de operación y funcionamiento.

Que mediante Resolución 00030 del 19 de enero de 2022 del Fondo Único de Tecnologías de la Información y las comunicaciones, se aprobó la financiación del Plan de Inversión 2021 de TELEISLAS por la suma de OCHO MIL CUATROCIENTOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE (\$8.400.475.600).

El canal de televisión público regional TELEISLAS, requiere los servicios de una persona natural para que preste sus servicios de **REPORTERO**, mediante contratación directa regida por el derecho privado, debido a que en la planta de cargos de esta empresa industrial y comercial del Estado no está previsto un funcionario que ejerza las actividades inherentes a esta persona.

#### TÉRMINOS DEL CONTRATO

| TIPO DE CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS |
|------------------|-------------------------|
|------------------|-------------------------|



GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL

Fecha de aprobación:  
03/09/2020**CONTRATO**

Versión: 02

Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación

**CONTENIDO**

El contrato se registrará por las siguientes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO.** – Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como REPORTERO para programas de televisión del canal TELEISLAS.

**CLÁUSULA SEGUNDA. VALOR Y FORMA DE PAGO.** – El valor del presente contrato es por la suma de VEINTITRES MILLONES NOVENTA MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$23.090.533) M.CTE, de los cuales, TELEISLAS pagará: ONCE (11) mensualidades vencidas por valor de DOS MILLONES SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE (\$2.074.000) cada una y UN pago de DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$276.533) M.CTE correspondientes a CUATRO (04) días, para lo cual el CONTRATISTA debe acreditar previamente el cumplimiento de los requisitos de pago; tales como la certificación de cumplimiento firmada por el supervisor del contrato, en el que acredite el cumplimiento a entera satisfacción del objeto y obligaciones del contrato en el respectivo periodo y la cancelación de los aportes de salud, pensión y riesgos profesionales del periodo cobrado, y según haya PAC y disponibilidad en bancos.

**CLÁUSULA TERCERA. COMPROMISO PRESUPUESTAL.** – Los pagos por concepto de este contrato se imputarán y subordinarán al presupuesto de TELEISLAS para la vigencia fiscal de 2022 según Certificado de Disponibilidad presupuestal CDP 156 del rubro presupuestal 214020201 Plan de Inversión Fútic 2022.

**CLÁUSULA CUARTA. PLAZO DE EJECUCIÓN.** – La ejecución del presente contrato será por el término de ONCE (11) MESES Y CUATRO (4) DIAS, a partir de la fecha de legalización del presente contrato y suscripción del acta de inicio.

**CLÁUSULA QUINTA. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA.** – El contratista posee las siguientes obligaciones:

- Cumplir con el objeto del contrato y con todas las gestiones inherentes al mismo.
- Cumplir con los protocolos de bioseguridad mientras esté vigente el decreto presidencial de la emergencia sanitaria.
- Atender durante la ejecución del contrato las observaciones formuladas por TELEISLAS a través del Director de Producción o su delegado.
- Guardar la confidencialidad sobre toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular, por el término de duración del contrato y un año más después de la terminación del mismo.

**CLÁUSULA SEXTA. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS.** - El contratista se obliga a:

- Realizar notas, investigaciones, entrevistas, crónicas, reportajes para el programa EN FAMILIA
- Elegir la información según criterios de la línea editorial establecida por el director y los concejos de redacción.
- Priorizar la información seleccionada por la importancia que ésta tenga.

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.

|                                                                                  |                                                       |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  | GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL                        | Fecha de aprobación:<br>03/09/2020 |
|                                                                                  | <b>CONTRATO</b>                                       | Versión: 02                        |
|                                                                                  | Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación |                                    |

- Cumplir con el número de notas requeridas por el director del programa EN FAMILIA.
- Verificar completamente la información
- No difundir una información de la que no se dispone de pruebas, fuentes o bases que la apoyen para que ésta quede constatada.
- Transmitir la información que considera importante para el público de tal forma, que consiga llegar al mayor número de personas posibles.
- Acatar el manual de ética del canal regional Teleislas.
- Otras actividades asignadas por el supervisor del contrato en el marco del objeto contractual.

**CLÁUSULA SÉPTIMA. CONDICIONES DE ENTREGA:** No Aplica.

**CLÁUSULA OCTAVA. SUPERVISIÓN.** –El presente contrato opera bajo la supervisión del DIRECTOR DE PRODUCCIÓN.

**CLÁUSULA NOVENA. INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA.** - El CONTRATISTA actuará por su propia cuenta y riesgo, con autonomía técnica y directiva absoluta, no estará sometido a subordinación laboral alguna con TELEISLAS. Sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de TELEISLAS, por lo tanto, no tendrá ningún derecho de reclamación de prestaciones sociales y similares, ni exigir responsabilidades por accidentes o riesgos originados con ocasión de la ejecución del contrato. Toda la información proporcionada por TELEISLAS al CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y productos esperados será tratada de manera confidencial, no será divulgada a terceros, no será reproducida por ningún medio y se devolverá al final del contrato.

**CLÁUSULA DECIMA. EXENCIÓN DEL PAGO DE PRESTACIONES** - De acuerdo con lo establecido con el inciso 2, numeral 3 del Art. 32 de la Ley 80 de 1.993, el contratista no tendrá derecho a ninguna prestación distinta a lo pactado expresamente en la cláusula tercera del presente contrato, razón por la cual con este contrato no se genera ningún vínculo laboral entre TELEISLAS, el CONTRATISTA, ni con el personal subcontratado por el CONTRATISTA para el desarrollo del presente acuerdo de voluntades. PARÁGRAFO PRIMERO: Al contratista se le realizará un seguimiento de ejecución de recursos tanto financieros como técnicos y humanos, por lo cual, éste debe hacer entrega de un informe de ejecución del contrato al momento de presentar factura de cobro al supervisor, que contenga: planilla de pago del periodo donde se evidencie el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social (Salud, pensión y riesgos laborales) de todo su personal y factura.

**CLÁUSULA DECIMA PRIMERA. CESIÓN.** – EL CONTRATISTA no podrá ceder los derechos y obligaciones contraídas mediante este contrato, salvo autorización previa, expresa y escrita de TELEISLAS, lo cual no le eximirá de responsabilidad.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. INDEMNIDAD.** – EL CONTRATISTA mantendrá indemne a TELEISLAS por razón de reclamos, demandas, acciones judiciales o extrajudiciales y costos que surjan como resultado de sus actuaciones durante la ejecución del presente

*[Handwritten signature]*

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.

|                                                                                   |                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL                                   | Fecha de aprobación:<br>03/09/2020 |
|                                                                                   | ESTUDIOS PREVIOS                                      | Versión: 03                        |
|                                                                                   | Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación |                                    |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETO CONTRACTUAL</b>                    | Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como <b>REPORTERO</b> para programas de televisión del canal TELEISLAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>OBLIGACIONES GENERALES</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplir con el objeto del contrato y con todas las gestiones inherentes al mismo.</li> <li>Atender durante la ejecución del contrato las observaciones formuladas por TELEISLAS a través del Director de Producción o su delegado.</li> <li>Guardar la confidencialidad sobre toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular, por el término de duración del contrato y un año más después de la terminación del mismo.</li> </ul>    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>            | <b>DE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>El contratista se obliga a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar notas, investigaciones, entrevistas, crónicas, reportajes para el programa EN FAMILIA</li> <li>Elegir la información según criterios de la línea editorial establecida por el director y los concejos de redacción.</li> <li>Priorizar la información seleccionada por la importancia que ésta tenga.</li> <li>Cumplir con el número de notas requeridas por el director del programa EN FAMILIA.</li> <li>Verificar completamente la información</li> <li>No difundir una información de la que no se dispone de pruebas, fuentes o bases que la apoyen para que ésta quede constatada.</li> <li>Transmitir la información que considera importante para el público de tal forma, que consiga llegar al mayor número de personas posibles.</li> <li>Acatar el manual de ética del canal regional Teleislas.</li> <li>Otras actividades asignadas por el supervisor del contrato en el marco del objeto contractual.</li> </ul> |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS</b>              | <b>DE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>El contratista se obliga a:</p> <p>Presentar informe mensual de actividades según el formato estipulado y las planillas de pago de seguridad social por el período a cobrar</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>OBLIGACIONES TELEISLAS</b>                | <b>DE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Son obligaciones especiales de TELEISLAS, además de las propias de la naturaleza del presente contrato, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cancelar los servicios prestados de conformidad a lo establecido en la propuesta integral de este contrato.</li> <li>Facilitar los insumos y recursos técnicos disponibles y que eventualmente requiera EL CONTRATISTA para la cabal ejecución del contrato.</li> <li>Cumplir eficaz y oportunamente con lo establecido en las demás Cláusulas y condiciones previstas en este contrato</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>VALOR</b>                                 | El valor total del contrato es por la suma de <b>VEINTI TRES MILLONES NOVENTA MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$23.090.533) M.CTE.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD Y RUBRO</b> | <b>DE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>CDP 156</b> del rubro presupuestal 214020201 Plan de Inversión Fútic 2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>FORMA DE PAGO</b>                         | <p>TELEISLAS pagará en ONCE (11) mensualidades vencidas por valor de <b>DOS MILLONES SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE (\$2.074.000)</b> cada una y UN pago de <b>DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$276.533) M.CTE</b> correspondientes a CUATRO (04) días, para lo cual el CONTRATISTA debe acreditar previamente el cumplimiento de los requisitos de pago; tales como la certificación de cumplimiento firmada por el supervisor del contrato, en el que acredite el cumplimiento a entera satisfacción del objeto y obligaciones del</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL                                   | Fecha de aprobación:<br>03/09/2020 |
|                                                                                   | <b>ESTUDIOS PREVIOS</b>                               | Versión: 03                        |
|                                                                                   | Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación |                                    |

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                  | contrato en el respectivo periodo y la cancelación de los aportes de salud, pensión y riesgos profesionales del periodo cobrado, y según haya PAC y disponibilidad en bancos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>DURACIÓN</b>                  | El contrato a celebrarse se ejecutará en un plazo de ONCE (11) MESES Y CUATRO (04) DÍAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS</b> | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>GARANTÍAS</b>                 | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>SUPERVISOR</b>                | <b>DIRECTOR DE PRODUCCION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>OTROS</b>                     | <p>Nota 1: Dada la naturaleza e información que se maneja dentro de TELEISLAS se requiere la firma de la CLAUSULA DE CONFIDENCIALIDAD.</p> <p>Nota 2: Considerando que la empresa ha incursionado de manera progresiva pero constante en el uso de la transmedia, marcando tendencias a nivel cultural y social como vitrina principal de la imagen de un pueblo, se reservará el derecho de evaluar el manejo de la social media de sus vinculados para resguardar el nombre y la imagen del canal regional, así como la de la comunidad que esta representa, claro está sin vulnerar los derechos fundamentales de cada uno de los terceros vinculados.</p> <p>Nota 3: Cumplir con los protocolos de bioseguridad mientras esté vigente el decreto presidencial de la emergencia sanitaria.</p> |  |

#### COMPETENCIAS LABORALES O PERFIL DEL POTENCIAL CONTRATISTA

- Persona natural con un (1) o más años de experiencia como reportera

| SOLICITANTE                                                                                  | APRUEBA                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FREDDY WILLIAMS</b><br>Director de Producción                                             | <b>EMILIANA L. BERNARD STEPHENSON</b><br>Gerente                                              |
| FIRMA<br> | FIRMA<br> |

FECHA y CIUDAD: 24 de enero de 2022



FECHA DE EXPEDICION:

24/01/2022

No.

CE156

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD**

Se certifica que en el presupuesto de Gastos, correspondiente a la vigencia fiscal de 2022, se encuentra disponible y libre de afectacion las siguientes partidas :

RUBRO

214020201

RECURSOS

RECURSOS ORDINARIOS

\$23090533

PLAN DE INVERSION

POR LA SUMA DE : VEINTITRES MILLONES NOVENTA MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE.

TOTAL ( \$23,090,533)

PARA AMPARAR : REPORTERO DE EN FAMILIA

FECHA DE VENCIMIENTO :

31/12/2022

SE EXPIDE A SOLICITUD DE : FREDDY W

  
JOSE FERNANDO PIRAQUIVE  
DIRECTOR FINANCIERO

|                                                                                  |                                                       |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  | GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL                        | Fecha de aprobación:<br>03/09/2020 |
|                                                                                  | <b>CONTRATO</b>                                       | Versión: 02                        |
|                                                                                  | Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación |                                    |

**CONTRATO No. 084 DE 2022 SUSCRITO ENTRE LA SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS –  
TELEISLAS Y ROSETT QUINTERO RAMIREZ.**

|                           |                                                                                                                                                 |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONSECUTIVO</b>        | 084                                                                                                                                             |
| <b>TIPO DE CONTRATO</b>   | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                         |
| <b>CONTRATISTA</b>        | ROSETT QUINTERO RAMIREZ                                                                                                                         |
| <b>IDENTIFICACIÓN</b>     | C.C. 1.123.633.886                                                                                                                              |
| <b>VALOR DEL CONTRATO</b> | VEINTITRES MILLONES NOVENTA MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$23.090.533) M.CTE.                                                           |
| <b>PLAZO DEL CONTRATO</b> | ONCE (11) MESES Y CUATRO (4) DIAS.                                                                                                              |
| <b>OBJETO</b>             | Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como REPORTERO para programas de televisión del canal TELEISLAS. |

**INTRODUCCIÓN**

Entre los suscritos **EMILIANA BERNARD STEPHENSON**, identificada con cédula de ciudadanía No. 23.248.881 expedida en Providencia, autorizada por Acuerdo No. 004 de 2015, en su condición de Gerente; quien obra en representación legal de la **SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LIMITADA, TELEISLAS**, entidad pública del orden departamental, organizada como Empresa Industrial y Comercial del Estado, constituida por Escritura Pública No. 1846 de la Notaría Única de San Andrés del 31 de Diciembre de 1997, inscrita el 18 de Febrero de 1999, bajo el No. 3973 de libro IX, aclarada con las escrituras públicas No. 1318 del 13 de Agosto de 1998 y 1087 del 30 de Junio de 1998, inscritas el 18 de Febrero bajo los número 3974 y 3975 respectivamente del libro IX de la misma notaría, con reforma estatutaria inscrita el 10 de Mayo de 2006 con el No. 543, con NIT 827000481-1, con domicilio en esta ciudad, de una parte, la cual en este documento se denominará **TELEISLAS**, y por otra parte **ROSETT QUINTERO RAMIREZ**, mayor de edad, identificado con C.C. No. 1.123.633.886, y quien para efectos del presente contrato se llamará **EL CONTRATISTA**, hemos celebrado el presente contrato de prestación de servicios, que se regirá por lo que se pacta a continuación

**PRELIMINARES**

- A)** Que la **SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LIMITADA, TELEISLAS**, sociedad entre entidad pública del orden departamental, organizada como Empresa Industrial y Comercial del Estado, constituida por escritura pública No. 1846 de la notaría primera de San Andrés del 31 de Diciembre de 1997, inscrita el 18 de Febrero de 1999, bajo el No. 3973 de libro IX, aclarada con las escrituras públicas No. 1318 del 13 de Agosto de 1998 y 1087 del 30 de Junio de 1998, inscritas el 18 de Febrero bajo los número 3974 y 3975 respectivamente del libro IX de la misma notaría, con reforma estatutaria inscrita el 10 de Mayo de 2006 con el No. 543, con NIT 827000481-1, con domicilio en la isla de san Andrés
- B)** Que TELEISLAS es un canal que presta el servicio de Televisión Pública Regional, con cobertura en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, de conformidad con lo consagrado en la Ley 14 de 1991, la Ley 182 de 1995, Ley 335 de 1996, Ley 680 del 2001 y demás normas concordantes para el desarrollo de la televisión pública regional en la República de Colombia, para la realización de programas de televisión con contenidos educativos, culturales y de promoción



SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.