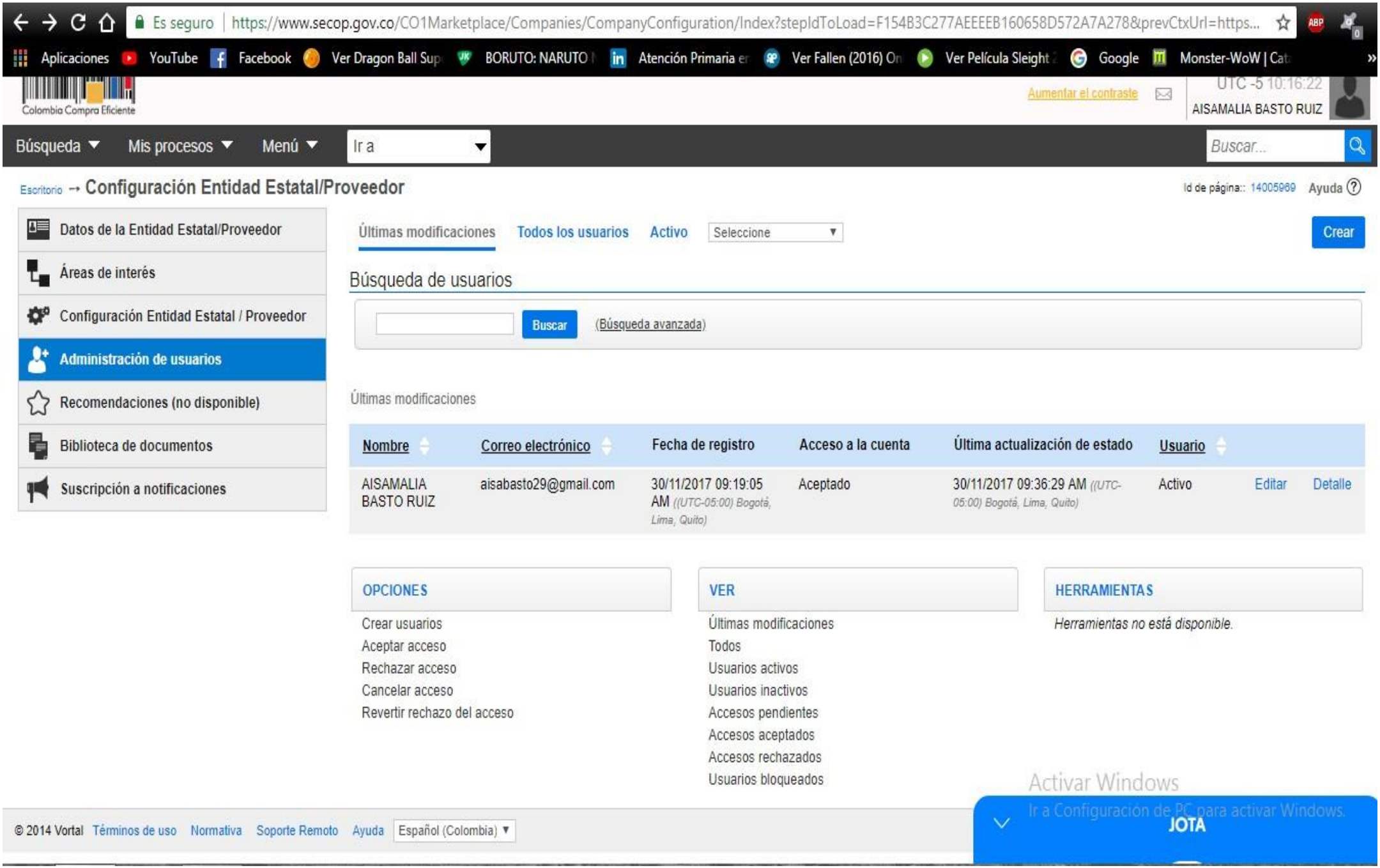

Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?stepIdToLoad=F154B3C277AEEEEB160658D572A7A278&prevCtxUrl=https...
Aplicaciones YouTube Facebook Ver Dragon Ball Sup BORUTO: NARUTO Atención Primaria en Ver Fallen (2016) On Ver Película Sleight Google Monster-WoW | Cat
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:16:22
AISAMALIA BASTO RUIZ
Búsqueda Mis procesos Menú Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005969 Ayuda
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Últimas modificaciones Todos los usuarios Activo Seleccione
Crear
Búsqueda de usuarios
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Nombre Correo electrónico Fecha de registro Acceso a la cuenta Última actualización de estado Usuario
AISAMALIA BASTO RUIZ aisabasto29@gmail.com 30/11/2017 09:19:05 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) Aceptado 30/11/2017 09:36:29 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) Activo Editar Detalle
OPCIONES
Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso
VER
Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados
HERRAMIENTAS
Herramientas no está disponible.
Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows.
© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
JOTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BASTO	RUIZ	AISAMALIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN — *SEXO* — *NACIONALIDAD* — *PAÍS*

C.C X C.E ◯ PAS ◯ No. **28797438** | F ◯ M X | COL. X EXTRANJERO ◯ | COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE ◯ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 29 MES 05 AÑO 1973

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SAN JUAN DE RIO SECO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 78ª SUR 45 57

PAIS COLOMBIA DEPTO BOGOTA D.C

MUNICIPIO BOGOTA D. C

TELÉFONO ~~2994512-3142537762~~ EMAIL :aisabasto29@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11	MES 0 AÑO 1 9 9 4

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA), **ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	02	2008	28797438

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PUBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Selección.personal@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
756 0505	DÍA 08 MES 08 AÑO 2017	DÍA 31 MES 03 AÑO 201 8

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD PUBLICA	CL 9 39 46

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUDSUR E.S.E.	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	www.subredsur.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DÍA 15 MES 0 AÑO 20	DÍA 11 MES 07 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD PUBLICA	KR 20 47 B 35 SUR

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORPORACION CECUD	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	colegioices@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7172495	DÍA 31 MES 04 AÑO 2008	DÍA 30 MES 12 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
SECRETARIA	EDUCACION	CL 81 SUR 42 09

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ● ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD EINCOM-
PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA CARGOS CONTRATOS DE PRESTA-
EJERCER CIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.



13 julio de 2018

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 BOGOTA D.C A 10 DE MAYO DEL 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA PERSONA NATURAL

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

YO, AISAMALIA BASTORUIZ

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 28797438 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C

Dirección	Teléfonos
CL 78A SUR 45 57	2994512-3142537762

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAN GUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GINA PAOLA BASTO RUIZ	1022395526	HIJA
ANGIE MARCELA AGUIRRE BASTO	1024584384	HIJA
ANGEL EDUARDO AGUIRRE BASTO	1000853668	HIJO

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** X [ ] **PARA** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [ ] **RETIRARME** [ ]

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	13.350.000 -
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 13.350.000 -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	004870390509	TUNAL	$2.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	CASA LOTE	$ 7.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) n la actualidad: **SI** ☐ 1 **NO** ☐ X 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA D.C 13/07/2018

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

85818

REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

ICFES

Teniendo en cuenta que:

Aisamalia Basto Ruiz

Identificado con *CC. 28.797.438* y número de Registro SNP *VS 1949018240* presentó y aprobó ante el Servicio Nacional de Pruebas el Exámen de Validación del Bachillerato Académico, realizado el 4 de Junio de 1994, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2225 de 1993.

Le confiere el Título de

Bachiller Académico

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 29 de Agosto de 1994

DIRECTOR ICFES

SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS

ANOTADO AL FOLIO

DEL LIBRO DE REGISTRO DE DIPLOMAS No.

"NO REQUIERE REGISTRO - DECRETO NUMERO 081 DEL 6 DE MAYO DE 1954"

La República de Colombia y
en su Nombre

La Escuela de Administración y Formación en Salud

-ESAF-

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Autorización Oficial Resolución No. 2920 del 16 de Septiembre de 1999
Secretaría de Educación de Bogotá

Confiere A:

Aisamalia Basto Ruíz

Documento de Identidad 28.797.438 de Líbido, Tolima

El Certificado de Aptitud Ocupacional de:

Técnico Laboral

Por haber culminado satisfactoriamente el programa de:

Técnico Auxiliar de Enfermería

Duración 2.060 Horas

Directora Académica

Secretaria Académico

Dado en Bogotá a los 09 días del mes de febrero de 2.008

Acuerdo al Folio 184 del Libro de Registro No. 1

ICFES INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

RESOLUCION No. 2077

DEL 29 DE AGOSTO DE 1994

Por la cual se otorgan unos títulos de Bachiller

EL DIRECTOR del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, y

CONSIDERANDO:

QUE DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2225 DE NOVIEMBRE DE 1993 EXPEDIDO POR EL GOBIERNO NACIONAL, EL SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS DEL ICFES REALIZO EXAMENES PARA LA VALIDACION DEL BACHILLERATO EN CIENCIAS O ACADEMICO EN UN SOLO EXAMEN, DURANTE LOS DIAS

4 Y 5 DE JUNIO DE 1994

Que de acuerdo con las citadas normas corresponde al ICFES expedir el título respectivo a quienes aprobaron los exámenes de validación señalados en el considerando anterior.

RESUELVE:

ARTICULO 1o.- Otorgar el título de BACHILLER a las personas que se señalan a continuacion y quienes aprobaron los exámenes de validación del Bachillerato en Ciencias o Académico en un solo exámen

NOMBRE

BASTO RUIZ AISAMAIA

IDENTIFICACION 28797436 REGISTRO SNP VG194 9818246

ARTICULO 2o. Por el Servicio Nacional de Pruebas del ICFES expidense dos (2) copias auténticas de la presente Resolución a cada uno de los interesados para efectos del registro del correspondiente título, de conformidad con el artículo 20 del Decreto 180 de 1981.

ARTICULO 3o.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

(Fdo.) JAIME NINO DIEZ
Director ICFES

(Fdo.) BLANCA OTALORA DE TELCH
Director del Servicio Nacional de Pruebas.

(Fdo.) PATRICIA LINARES PRIETO
Secretario General

Es copia auténtica en su parte pertinente del original que reposa en los archivos del ICFES.

SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS

079605

República de Colombia

LA ESCUELA DE ADMINISTRACION Y FORMACIÓN EN SALUD ESAF

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Autorización Oficial Resolución No. 2920 del 16 de Septiembre de 1999

Secretaria de Educación de Bogotá.

Acta Individual de Certificación Número 461-2008

El Consejo de Dirección de la Escuela de Administración y Formación en Salud -ESAF-

Sesión del día 21 de enero de 2.008

CONSIDERANDO QUE:

Aisamalia Basto Ruíz

Documento de Identidad 28.797.438 de Lérida, Tolima

SE LE CONFIERE

El Certificado de Aptitud Ocupacional de:

Técnico Laboral

Por haber culminado satisfactoriamente el programa de:

Técnico Auxiliar de Enfermería

Duración 2.060 Horas

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta Individual de Certificación en la ciudad de Bogotá. D.C. a los 09 días del mes de febrero de 2008.

Directora Académica

Secretaria Académica

Anotado al Folio 184 del Libro de Registro No. 3

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Secretaría Distrital de Salud
Subsecretaría de Salud Pública

Otorgan reconocimiento especial a:

AISAMALIA BASTO RUIZ
C.C. 28.797.438

Por su trabajo articulado en pro del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
Bogotá D. C., 19 de diciembre de 2017.

PATRICIA ARCE GUZMÁN
Subsecretaria de Salud Pública



BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

AISAMALIA BASTO RUIZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 28.797.438

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL AVANZADO - Orientar personas según normativa de salud.

Código: 230101266

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los veintiocho (28) días del mes de Octubre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

188472 - 28/10/2017
No Y FECHA REGISTRO

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

VIGENCIA
28 de Octubre de 2020

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300230101266CC28797438C.

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999 emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.
Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

Certifica:

Que: *Aisamalia Basto Ruiz*

Asistio al curso de avances en

Programa Ampliado de Inmunización

Con una intensidad de 50 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Cirua Ramírez
Coordinadora Académica

Docente

Dado en Bogotá, D.C, a los 27 días del mes de Mayo de 2017

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

AISAMALIA BASTO RUIZ

Con Cedula de Ciudadania No. 28.797.438

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los ocho (8) días del mes de noviembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

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

40269863 - 08/11/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001311515CC28797438C.

República de Colombia

La Escuela de Administración y Formación en Salud
-ESAF-

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Autorización Oficial Resolución No. 2920 del 16 de Septiembre de 1999

Secretaria de Educación de Bogotá.

OTORGA A:

Aisamalia Basto Ruíz

Documento de Identidad: 28.797.438 de Lérida, Tolima

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO DE:

Unidad de Cuidado Intensivo UCI Adultos

Con una duración de 120 horas

Entregado en Bogotá D.C., a los 09 días del mes de febrero de 2008

Ruth María Charris Romero
Directora Académica

Alba Cristina Zambrano Castro
Secretaria Académica

BIENESTAR FAMILIAR

República de Colombia
Ministerio de la Protección Social
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia de la Fuente de Lleras
Regional Bogotá - Centro Zonal Ciudad Bolívar

BICENTENARIO
de la independencia de Colombia
1810 - 2010

Otorga Certificado a:

AISAMALIA BASTO RUIZ

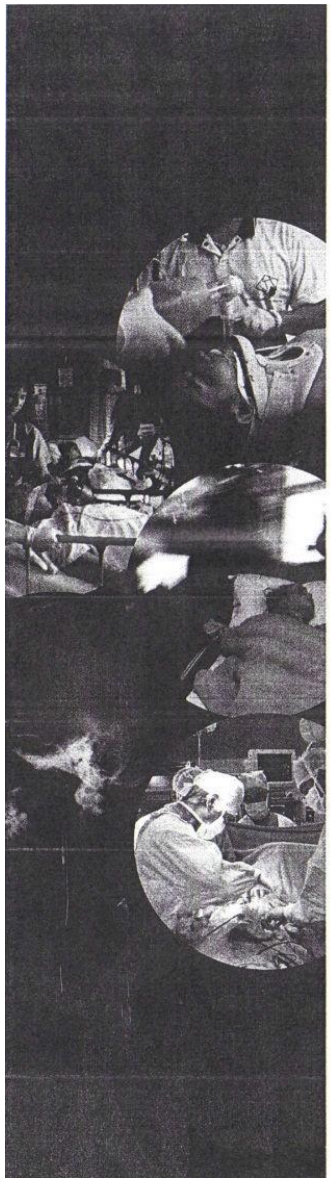
Por la Participación en el Taller Inicial de Capacitación para Madres Comunitarias de Bienestar Modalidad TRADICIONAL

Con una intensidad de 40 horas

Liz Angelica Acosta Castro
Coordinadora Centro Zonal

Olga Beatriz Corredor Suarez
Coordinadora Capacitación

Bogotá D.C., 30 de Septiembre de 2010



SALAMANDRA
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

CERTIFICA QUE:

Aisamalia Basto Ruiz

Asistió al:

SIMPOSIO DE TRAUMA

INTERVENCIÓN EN LAS FRONTERAS DE LA VIDA

Privilegiando su capacidad de respuesta

Con una intensidad horaria de 8 Horas

Para constancia en Bogotá a los nueve (9) días del mes de Junio de 2007

Laureano Quintero Barrera
Director Cientifico

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Hace Constar que:

Aisamalia Basto Ruiz

Identificado (a) con C.C. 28797438

Asistió a la Capacitación de "La Vigilancia Epidemiológica y su Importancia en la toma de Decisiones en Salud" , Realizada en el Municipio de San Juan de Rioseco cundinamarca con una intensidad de 5 horas.

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá, D.C. a los 10 días del mes de octubre de 2007.

Dr. Luis Jose Villegas de la Puente
Secretario de Salud de Cundinamarca

Dr. Germán Alonso Velandia
Coordinador Unión Temporal Orión

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

Consorcio emisalud
Empresa de Trabajo Integral de Servicios de Salud

LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Hace constar que:

AISAMALIA BASTO RUÍZ

Con Cédula de Ciudadania No. *28.797.438*

Asistió a la Capacitación en normatividad 412 de 2000, beneficios sistema general de seguridad social en salud, ABs, indicadores de monitoreo y seguimiento a promotores. Con una intensidad de 16 horas.

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá d.c. a los 31 días del mes de Agosto de Dos Mil Siete (2007)

Dr. LUIS JOSE VILLEGAS DE LA PUENTE
Director de Salud Pública

PATRICIA ALFONSO CORTÉS
Coordinadora Consorcio Emisalud

¡Todos contamos!

CENSO2005

DANE

Para saber cuántos somos, qué ofrecemos y qué necesitamos

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

LA UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

Certifica que:

AISAMALIA BASTOS RUIZ

CC 28,797,438

ASISTIÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA
ASISTIDA POR COMPUTADOR PARA EL
CENSO GENERAL 2005 Y REALIZÓ
LA PRÁCTICA EN EL OPERATIVO CENSAL.

JAIME ALBERTO LEAL AFANADOR
Rector

ÁNGEL ZAADHY GARCÉS SOTO
Coordinador General Diplomado

Se expide a los seis días del mes de Marzo de 2006

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

UNION TEMPORAL SALUD GLOBAL A.P.P

CERTIFICAN QUE:

ALDAMALIA BASTO

PARTICIPO EN EL CURSO-TALLER PREVENCION, DETECCION, Y ATENCION DE LA PROBLEMÁTICA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.
CON INTESIDAD HORARIA DE 24 HORAS (4 SESIONES)

LUIS JOSE VILLEGAS DE LA PUENTE
DIRECTOR SALUD PÚBLICA
SECRETARI DE SALUD DE CUNDINAMARCA

SALOMON RICARDO GRACIA ALDANA
REPRESENTANTE LEGAL
UNION TEMPORAL SALUD GLOBAL

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.

Hace Constar que:

AISAMALIA BASTO RUIZ

C.C. 28.797.438 de _____

Participó y Aprobó el curso de: PROMOTORES COMUNITARIOS EN SALUD

Con una intensidad de 26 Horas

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a los 27 días del mes de NOVIEMBRE de 2000

Dirección Departamento Educación y Capacitación

Secretaría de Salud de Cundinamarca

Escuela de Auxiliares de Enfermería
Ubaté

Constancia

Entregada a *AISAMALIA BASTO RUIZ*

Por haber realizado el curso para

Promotores Rurales de Salud

Dictado en *SAN JUAN DE RIOSECO* durante los días *1* de *AGOSTO*

a *26* de *NOVIEMBRE* de *1997*, con una intensidad de *632* horas.

Luz M. de la Hoz R.
Directora Escuela

Instructora

Esperanza poveda P.
Secretaria

Bogotá D.C
ESCUELA DE ADMINISTRACION Y FORMACION EN SALUD "ESAF"

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

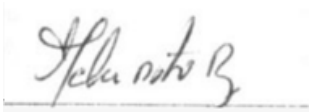
Yo, AISAMALIA BASTO RUIZ en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política estab lece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo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

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

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: 

No. de documento: 28797438

Dirección de contacto: CL 78ª SUR 45 57

Teléfono: 3142537762

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fue fusionado en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran el área jurídica, se constata que el señor(a) ASIMALIA BASTO RUIZ identificado con Cédula No, 28797438 suscribió, la orden de servicio que se relaciona más adelante,

Contrato	Tipo	Perfil	Duración	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad	*RF*
SO-3847	PRICIPAL	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	5 meses 24 dias	08/08/2017	31/01/2018	1240000	SUBRED	*138309*
0 157	*PRICIPAL*	*PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADTIVA Y ASISTENCIA N EN EL AREA DE ENFERMERIA*	*2 meses*	*01/02/2018*	*31/03/2018*	*1613395*	*SUBRED*	*139855*

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS. Asumir el 100% de Glosa generada por la

firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.

Las órdenes relacionadas anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia de la información registrada en la base de datos a solicitud del interesado a los tres (3)dias del mes de abril de 2018, no tiene fecha de expiración.

Atentamente,

Cordialmente,

MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES
DIRECTORA DE CONTRATACION

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA
CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **BASTO RUIZ AISAMALIA** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No**. **28.797.438** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

No. ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO/PERFIL	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
1585 DE 2013	15 de abril de 2013	31 de mayo de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2511600	VISTA HERMOSA
2556 DE 2013	1 de junio de 2013	30 de junio de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
3299 DE 2013	1 de julio de 2013	31 de agosto de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2898000	VISTA HERMOSA
5003 DE 2013	1 de septiembre de 2013	15 de septiembre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	724500	VISTA HERMOSA
5642 DE 2013	17 de septiembre de 2013	30 de septiembre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	724500	VISTA HERMOSA
6789 DE 2013	1 de octubre de 2013	9 de octubre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	434700	VISTA HERMOSA
8317 DE 2013	10 de octubre de 2013	31 de octubre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1014300	VISTA HERMOSA
9883 DE 2013	1 de noviembre de 2013	10 de enero de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	3381000	VISTA HERMOSA
00206 DE 2014	11 de enero de 2014	31 de enero de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	966000	VISTA HERMOSA
01500 DE 2014	1 de febrero de 2014	28 de febrero de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
02521 DE 2014	1 de marzo de 2014	30 de abril de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2898000	VISTA HERMOSA
03735 DE 2014	1 de mayo de 2014	31 de julio de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	4347000	VISTA HERMOSA
05142 DE 2014	1 de agosto de 2014	31 de agosto de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA

Carrera 20 No. 47 B - 35 Sur
Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co

06133 DE 2014	1 de septiembre de 2014	30 de septiembre de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
07047 DE 2014	1 de octubre de 2014	31 de octubre de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
08063 DE 2014	30 de octubre de 2014	30 de noviembre de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
09616 DE 2014	1 de diciembre de 2014	15 de enero de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1690500	VISTA HERMOSA
00536 DE 2015	16 de enero de 2015	31 de marzo de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	3139500	VISTA HERMOSA
01718 DE 2015	1 de abril de 2015	31 de julio de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	6216000	VISTA HERMOSA
03561 DE 2015	1 de agosto de 2015	15 de noviembre de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	5439000	VISTA HERMOSA
05676 DE 2015	16 de noviembre de 2015	29 de febrero de 2016	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	5439000	VISTA HERMOSA
01002 DE 2016	1 de marzo de 2016	31 de mayo de 2016	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	4980000	VISTA HERMOSA
02441 DE 2016	1 de junio de 2016	31 de julio de 2016	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	3320000	VISTA HERMOSA

ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

1.) Ejecutar las acciones de intervencion a la cual ha sido asignado como Auxiliar de Enfermeria con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas de la Localidad, el plan de salud territorial y el Plan Operativo Institucional. 2.) Ejecutar las acciones de las intervenciones asignadas en cumplimiento de los lineamientos y fichas tecnicas; realizando las respectivas acciones de mejora. 3.) Apoyar, segun los requerimientos del area los procesos de los demas componentes y subcomponentes del plan de intervenciones colectivas. 4.) Apoyar los procesos enfermedades cronicas, enfermedades transmisibles, salud sexual y reproductiva, PAI, Vigilancia en Salud Publica y Vigilancia Ambiental, Estrategia SASC, Estrategia Salud al Colegio reconociendo las necesidades de los territorios y etapas, desde las intervenciones a las cuales se encuentren asignadas, desde su area de competencia. 5.) Desarrollar y Entregar informes a la luz de: cronogramas, lineamientos, planes de trabajo, entre otras intervenciones, sustentados en los soportes de las actividades realizadas durante el periodo. 6.) Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos. 7.) Ejecutar acciones segun Plan de Trabajo y elaboracion de Cronograma de Actividades. 8.) Guardar la debida reserva sobre los asuntos que conozca con ocasion de la ejecucion del objeto de la orden. 9.) Participar de las interveciones convocadas por Salud Publica. 10.) Soportar actividades de Auditoria Interna y Externa. 11.) Informar y comunicar al hospital, comunidad e istitiuciones de los eventos de interes en Salud Publica identificados en el desarrollo de sus intervenciones. 12.) Actuar con lealtad, responsabilidad y buena fe durante la celebracion, ejecucion y terminacion del presente contrato y aun con posterioridad a esta. 13.) Las demas obligaciones inherentes al objeto del contrato. 14.) Realizar la revision de los Lineamientos Tecnicos dados por la SDS y que son propios de su intervencion y realizar apropiacion de los mismos. 15.) Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la SDS y que den cumplimiento al contrato suscrito por el Hospital Vista Hermosa. 16.) Los productos presentados debe cumplir con atributos de calidad,

oportunidad, y veracidad. 17.) Programar las actividades segun la programacion del insumo de transporte que tenga el Hospital para dar cumplimiento a la meta. 18.) Realizar la entrega mensual del consolidado de sus Actividades para la respectiva revision y verificacion de productos. 19.) El valor de glosas generadas al HVH por mala calidad en productos e inoportunidad en los mismos sera recobrada al contratista responsable. 20.) Participar en las actividades programadas por la ESE. 21.) Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los Lineamientos del Proceso de Gestion documental. 22.) Realizar los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, conforme a los establecido por la ley. 23.) Dar respuesta a los requerimientos solicitados desde la SDS y la ESE.

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos y archivo en físico que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1153.** Código de Verificación YSE=;ZR16

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los **08 días del mes de junio del 2017.**

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Leidy Paola Henao Arcila	Tecnico Adminsitartivo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **de responsabilidad y eficacia**, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

Corporación Centro Cultural
de Desarrollo Comunitario
Resolución No. 729 del 30 de Diciembre de 1993
Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
Nit. 809.219.088-1

CECUDEC
Evaristo Bernate Castellanos

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACIÓN
CENTRO CULTURAL DE DESARROLLO COMUNITARIO
"EVARISTO BERNATE CASTELLANOS"

H A C E C O N S T A R

Que la señora **AISAMALIA BASTO RUIZ** identificada con C.C. **No 28.797.438** expedida en (Lérida) Tolima, trabaja en esta entidad de acuerdo a la siguiente información:

Cargo:	Secretaria
Fecha de Ingreso:	04 de Abril de 2008 hasta 30 de Nov 2008 31 de Enero de 2011 hasta 31 de Dic. 2011 01 de Enero de 2012 hasta la fecha.
Contrato:	Fijo.
Sueldo:	**$:** 566700

Se expide a solicitud de la interesada, en Bogotá D.C., a los 6 días del mes de Diciembre de 2012.

En constancia firma.

GERARDO ÁNGEL GARCÍA B.
Representante legal

Calle 81 Sur No. 4
Barrio Jerusalén Sector P
Tel: 717 2495 - Fax: 718
Telefax: 718
E-mail: ices@etb.n
isnem@etb.n
Apartado Aéreo: 4
Bogotá D.C. - Colo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**ADM-CTT-FT-22 V1**

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fue fusionado en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran el área jurídica, se constata que el señor(a) ASIMALIA BASTO RUIZ identificado con Cédula No, 28797438 suscribió, la orden de servicio que se relaciona más adelante,

Contrato	Tipo	Perfil	Duración	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad	*RF*
SO-3847	PRICIPAL	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	5 meses 24 dias	08/08/2017	31/01/2018	1240000	SUBRED	*138309*
0 157	*PRICIPAL*	*PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADTIVA Y ASISTENCIA N EN EL AREA DE ENFERMERIA*	*2 meses*	*01/02/2018*	*31/03/2018*	*1613395*	*SUBRED*	*139855*

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS. Asumir el 100% de Glosa generada por la

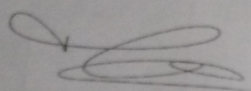
firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.

Las órdenes relacionadas anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia de la información registrada en la base de datos a solicitud del interesado a los tres (3)dias del mes de abril de 2018, no tiene fecha de expiración.

Atentamente,

Cordialmente,



MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES
DIRECTORA DE CONTRATACION

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **BASTO RUIZ AISAMALIA** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No**. **28.797.438** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

No. ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO/PERFIL	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
1585 DE 2013	15 de abril de 2013	31 de mayo de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2511600	VISTA HERMOSA
2556 DE 2013	1 de junio de 2013	30 de junio de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
3299 DE 2013	1 de julio de 2013	31 de agosto de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2898000	VISTA HERMOSA
5003 DE 2013	1 de septiembre de 2013	15 de septiembre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	724500	VISTA HERMOSA
5642 DE 2013	17 de septiembre de 2013	30 de septiembre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	724500	VISTA HERMOSA
6789 DE 2013	1 de octubre de 2013	9 de octubre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	434700	VISTA HERMOSA
8317 DE 2013	10 de octubre de 2013	31 de octubre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1014300	VISTA HERMOSA
9883 DE 2013	1 de noviembre de 2013	10 de enero de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	3381000	VISTA HERMOSA
00206 DE 2014	11 de enero de 2014	31 de enero de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	966000	VISTA HERMOSA
01500 DE 2014	1 de febrero de 2014	28 de febrero de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
02521 DE 2014	1 de marzo de 2014	30 de abril de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2898000	VISTA HERMOSA
03735 DE 2014	1 de mayo de 2014	31 de julio de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	4347000	VISTA HERMOSA
05142 DE 2014	1 de agosto de 2014	31 de agosto de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA

Carrera 20 No. 47 B - 35 Sur
Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co

06133 DE 2014	1 de septiembre de 2014	30 de septiembre de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
07047 DE 2014	1 de octubre de 2014	31 de octubre de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
08063 DE 2014	30 de octubre de 2014	30 de noviembre de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
09616 DE 2014	1 de diciembre de 2014	15 de enero de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1690500	VISTA HERMOSA
00536 DE 2015	16 de enero de 2015	31 de marzo de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	3139500	VISTA HERMOSA
01718 DE 2015	1 de abril de 2015	31 de julio de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	6216000	VISTA HERMOSA
03561 DE 2015	1 de agosto de 2015	15 de noviembre de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	5439000	VISTA HERMOSA
05676 DE 2015	16 de noviembre de 2015	29 de febrero de 2016	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	5439000	VISTA HERMOSA
01002 DE 2016	1 de marzo de 2016	31 de mayo de 2016	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	4980000	VISTA HERMOSA
02441 DE 2016	1 de junio de 2016	31 de julio de 2016	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	3320000	VISTA HERMOSA

ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

1.) Ejecutar las acciones de intervencion a la cual ha sido asignado como Auxiliar de Enfermeria con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas de la Localidad, el plan de salud territorial y el Plan Operativo Institucional. 2.) Ejecutar las acciones de las intervenciones asignadas en cumplimiento de los lineamientos y fichas tecnicas; realizando las respectivas acciones de mejora. 3.) Apoyar, segun los requerimientos del area los procesos de los demas componentes y subcomponentes del plan de intervenciones colectivas. 4.) Apoyar los procesos enfermedades cronicas, enfermedades transmisibles, salud sexual y reproductiva, PAI, Vigilancia en Salud Publica y Vigilancia Ambiental, Estrategia SASC, Estrategia Salud al Colegio reconociendo las necesidades de los territorios y etapas, desde las intervenciones a las cuales se encuentren asignadas, desde su area de competencia. 5.) Desarrollar y Entregar informes a la luz de: cronogramas, lineamientos, planes de trabajo, entre otras intervenciones, sustentados en los soportes de las actividades realizadas durante el periodo. 6.) Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos. 7.) Ejecutar acciones segun Plan de Trabajo y elaboracion de Cronograma de Actividades. 8.) Guardar la debida reserva sobre los asuntos que conozca con ocasion de la ejecucion del objeto de la orden. 9.) Participar de las interveciones convocadas por Salud Publica. 10.) Soportar actividades de Auditoria Interna y Externa. 11.) Informar y comunicar al hospital, comunidad e istitiuciones de los eventos de interes en Salud Publica identificados en el desarrollo de sus intervenciones. 12.) Actuar con lealtad, responsabilidad y buena fe durante la celebracion, ejecucion y terminacion del presente contrato y aun con posterioridad a esta. 13.) Las demas obligaciones inherentes al objeto del contrato. 14.) Realizar la revision de los Lineamientos Tecnicos dados por la SDS y que son propios de su intervencion y realizar apropiacion de los mismos. 15.) Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la SDS y que den cumplimiento al contrato suscrito por el Hospital Vista Hermosa. 16.) Los productos presentados debe cumplir con atributos de calidad,

oportunidad, y veracidad. 17.) Programar las actividades segun la programacion del insumo de transporte que tenga el Hospital para dar cumplimiento a la meta. 18.) Realizar la entrega mensual del consolidado de sus Actividades para la respectiva revision y verificacion de productos. 19.) El valor de glosas generadas al HVH por mala calidad en productos e inoportunidad en los mismos sera recobrada al contratista responsable. 20.) Participar en las actividades programadas por la ESE. 21.) Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los Lineamientos del Proceso de Gestion documental. 22.) Realizar los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, conforme a los establecido por la ley. 23.) Dar respuesta a los requerimientos solicitados desde la SDS y la ESE.

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos y archivo en físico que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1153.** Código de Verificación YSE=;ZR16

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los **08 días del mes de junio del 2017.**

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Leidy Paola Henao Arcila	Tecnico Adminsitartivo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **de responsabilidad y eficacia**, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.797.438**

BASTO RUIZ

APELLIDOS

AISAMALIA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **29-MAY-1973**

SAN JUAN DE RIOSECO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. AH	SEXO

2MAY-1992 LERtDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CAIII.09 AAIEL sNI<:HEZ TORRES

A-1500150-00634036 -F-0028797438-20141023 0040575630A 2 1263088813

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 04-08-2016
Hora: 1:00:49 PM

CONTRIBUYENTE NIT 28797438-4 AISAMALIA BASTO RUIZ

Información General

Dirección CL 78 A SUR 45 57

Teléfonos 2994512-3142537762

Dirección electrónica aisabasto29@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/08/2016

Soporte Inscripción 19056237

Fecha Inicio Actividades 01/02/2008

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001021788

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 2758 *de* 12/03/2008

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BASTO RUIZ AISAMALIA Identificado(a) con CC número 28797438 expedida en LERIDA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE ADM. Y FORM. EN SALUD "ESAF" el día 09/02/2008 y registrado en el libro 3 Folio 184 año 2008
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a BASTO RUIZ AISAMALIA identificado(a) con CC número 28797438 expedida en LERIDA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 12/03/2008

ORIGINAL FIRMADO POR EL
Dr. Hermán Redondo Gómez
Director de Desarrollo de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

AISAMALIA

BASTO RUIZ

C.C 28797438

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA AUTORIZADA

Expedicion 23/06/2008

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

28797438

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 23 de noviembre de 2017 07:21 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	28797438
Nombres y Apellidos	AISAMALIA BASTO RUIZ		
Fecha de nacimiento:	29/05/1973		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única	15/07/2017	Adacell	C4986AB	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	11/03/2013	Stamaril	H5402	UPA CANDELARIA LA NUEVA
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Refuerzo	13/07/2017	Hepavax Gene	1434028.05	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 63
Influenza	Única	15/07/2017	Agrippal	165721	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Quinta dosis	18/04/2008	Tetavax		HOSPITAL VISTA HERMOSA
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 23 de noviembre de 2017 07:21 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	28797438
Nombres y Apellidos	AISAMALIA BASTO RUIZ		
Fecha de nacimiento:	29/05/1973		

Toxoide Tetánico	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	15/07/2017	Priorix	A69CE420A	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Medellín, 24 de noviembre de 2017

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que AISAMALIA BASTO RUIZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 28797438 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 04/08/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

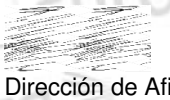
Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 24/11/2017 2.32 PM

Medellín, 24 de noviembre de 2017

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que AISAMALIA BASTO RUIZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 28797438 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 11/07/2017 **Fecha fin cobertura:** 11/07/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 24/11/2017 2.32 PM

Colombia Compra Eficiente

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

Aisamalia Basto Ruiz, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

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

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

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días 23 del mes de Noviembre de 2017



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

Nombre: Aisamalia Basto Ruiz

Documento de Identidad: CC.28797438

IDENTIFICACIÓN — **COLSUBSIDIO NIT 860007336-1**

Nombre del Paciente	AISAMALIA BASTO RUIZ	**Tipo de documento**	Cédula de Ciudadanía	**Número de documento**	28797438
Fecha de nacimiento	29/05/1973	**Edad atención**	44 años 1 mes	**Edad actual**	44 años 1 mes
Sexo	Femenino	**Estado civil**	Soltero/a	**Ocupación**	AUX ENFERMERIA
Dirección de domicilio	CL 61 S N 42 09	**Teléfono domicilio**	2994512 3142537782	**Lugar de residencia**	BOGOTA
Acudiente		**Parentesco**		**Teléfono acudiente**	
Acompañante		**Teléfono acompañante**			
Asegurador	PARTICULAR	**Categoría**	B	**Tipo de vinculación**	Otro
Episodio	30091590	**Lugar de atención**	SE CALLE 63	**Cama**	
Fecha de la atención	15/07/2017	**Hora de atención**	09:33:51		



CONCEPTO MÉDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Datos de Identificación del Empleado

Tipo de Examen	SO Exam Ingreso	**ARL**	
Fecha de Nacimiento	29/05/1973	**Lugar de Nacimiento**	Colombia
Procedencia	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA
Municipio	BOGOTA	**Escolaridad**	TÉCNICA PROFESIONAL

Datos del Cargo Actual

Empresa	SECRETARIA DE SALUD PARTICULAR	**NIT**	28797438
Fecha de Ingreso	15/07/2017	**Antigüedad en el Oficio**	10 Años
Cargo a Desempeñar o Desempeña	AUX DE ENFERMERIA EN SALUD PUBLICA	**Área**	
Jornada Laboral	Diurna		

Audiometría	No Realizada
Espirometría	No Realizada
Estado de Salud	ALTERACION VISUAL SIN CORRECCION
Resultado de la valoración	Apto para el cargo con patología que no limita la labor

Recomendaciones

X	Remisión a EPS		Control odont. periódico	X	Sist. Vig. (Ergonómico)
X	Continuar trat. médico	X	Uso de EPP		Sist. Vig. (Ruido)
	Seg. Caso por ARL	X	Higiene Postural		Sist. Vig. (Biológico)
X	Citología cervico-vaginal	X	Pausas Activas		Sist. Vig. (Radiación Ionizante)
	Tamizaje Prostático	X	Distribución fuerzas y cargas		Sist. Vig. (Psicolaboral)
X	Esq. Vacunación (adulto)	X	Actividad Física		Sist. Vig. (Card-Metab)
	Cont. Audiológ. Periódico		Dejar de Fumar		Sist. Vig. (Ergon.)
X	Cont. Anual optométrico	X	Cont. Nutricional y de peso	X	Sist. Vig. (Visual)

Recomendaciones Adicionales: SE REALIZA EXAME MEDICO CON ENFASIS OM

SE RECOMIENDA VALORACION POR DERMATOLOGIA EN LA EPS, CONTROL COMPLETO POR OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL, SE RECOMIENDA REALIZAR PLAN CASERO DE

Impreso por: ELEONORA PEREZ REY
Fecha y Hora de impresión: 15/07/2017 - 09:50:11

IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente ARSAMALIA BASTO RUIZ **Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía **Número de documento** 25707438

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR DE MS SINFERIORES Y RELAJACION DE COLUMNA LUMBAR, EVITAR REALIZAR CAMINATAS LARGAS EN TERRENO IRREGULAR Y EMPINADO, ALTERNAR POSTURAS BIPEDO A SEDENTE DENTRO DE LA JORNADA LABORAL; 5 MIN X CADA 45 MIN DE POSICION BIPEDA O DEAMBULANTE, SS VALORACION POR FISIATRIA EN LA EPS. EVITAR USO A REPETICION DE ZAPATOS DE TACON.

PAUSAS ACTIVAS DENTRO O ELA JORNADA LABORAL, COLUMAN, VISUALES Y DE MS SUPERORES, AMNTENER HIGIENE DE COLUMNA

Responsable	PEREZ, ELEONORA
Documento de Identidad	39789089
Especialidad	SALUD OCUPACIONAL
Fecha	15/07/2017
Hora	09:45:15

Firma Médico: Firma Paciente:

19-12-17

Médico
I.R. Cordoba
C.C. 39789089
R.M. 2357399-1352017-11

Impreso por: ELEONORA PEREZ REY
Fecha y Hora de Impresión: 15/07/2017 09:50:11

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 06 1915080 *

No. de Radicación

Fecha de Radicación 25 07 2019

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [ ]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [ ]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [X]	
	C. Institucional [ ]				
	D. De oficio [ ]				

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	28791438	Femenino [X] Masculino [ ]	D D M M A A A A: [illegible]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P			Seguros Bolivar	Colpensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
781.242	CL 73A 5B 45	[illegible]	314 [illegible] 62

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento
[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B	[illegible]	
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
[illegible]	C	[illegible]	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CL 73A 45A 37	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
		[ ]	[ ]		

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
[illegible]	[illegible]

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Alejandra Cano Archivo Comercial Cod. 2019

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		[illegible]

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

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

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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	13/07/2018	CIUDAD:	Bogota D.C	DEPARTAMENTO:	Bogota D:C

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
BASTO	RUIZ	AISAMALIA			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	28797438	LERIDA /TOLIMA	1992-05-26
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1973-05-29	SAN JUAN DE RIO SECO/CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) CASADO ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	ANGEL EDUARDO AGUIRRE BASTO/ANGIE MARCELA AGUIRRE BASTO	3		3142537762

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☒	CUAL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 78A SUR 45 57	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COLOMBIA	2994512

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
isabasto29@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	Auxiliar de enfermeria
OCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
ROFESIONAL NDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	Digitar el codigo del	8692
		NO ☒	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

RAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ] SERVICIOS [ ] AUD [ ]	#NIT	

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTO [ ] MEDICAMENTOS [ ] [ ]

OTRA [ ] CUAL: [X]

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 800.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 450.000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 200.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 0**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.450.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 0**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
OSPINA	GUTIERREZ	LEONIDAS	
DIRECCION	***CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS***	**TIPO RELACION**	***TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR***
CL 81 SUR 42 09	BOGOTAD.C /COLOMBIA	AMIGO	7172495/3223317922

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	4870390509	TUNAL	7692541

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMO [ ] PAGO SERVICIOS [ ] [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

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

Digite su profesion: AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) AISAMALIA BASTO RUIZ identificado(a) con C.C No. 28.797.438, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 24 de julio del 2018.

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

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



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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) AISAMALIA BASTO RUIZ identificado(a) con C.C No. 28.797.438, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de junio del 2018.

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

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



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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 111585308

WEB
19:17:41

Bogotá DC, 27 de junio del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) AISAMALIA BASTO RUIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 28797438:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 27 de junio de 2018, a las 20:32:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	28797438
Código de Verificación	287974381806272032 51

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.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2302945

Bogotá D.C., 27 de Junio de 2018 - 17:56 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **AISAMALIA BASTO RUIZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **VEINTIOCHO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO** de LERIDA

28797438

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 6_SKZ67_5617
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 17:58:59 horas del 27/06/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **28797438**
Apellidos y Nombres: **BASTO RUIZ AISAMALIA**

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.

Volver al Inicio