REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **24.512.599**

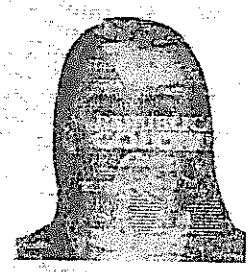
MESA ZULUAGA

APELLIDOS

EIDI LORENA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ABR-1984**

MISTRATO
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 **O-** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

29-JUL-2002 BALBOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2404600-00874978-F-0024512599-20161230 0052942898A 1 46892348

ADRES

La salud es de todos Ministerio

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	24512599
NOMBRES	EIDI LORENA
APELLIDOS	MESA ZULUAGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	MISTRATO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	CONTRIBUTIVO	12/12/2011	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/03/2021 15:21:51	Estación de origen:	192.168.70.1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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

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

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

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN CAPACITACIÓN FASE I Y ASISTENCIA TÉCNICA FASE II	**No.** _____

DATOS DEL CURSO

CONVENIO No. 1117 de mayo 11 de 2021 FECHA: 27/05/2021

FECHA DE INICIO: DD 27 MM 05 AA 2021 FECHA DE TERMINACIÓN: DD ____ MM ____ AA ____

DATOS DE LA ALUMNA

NOMBRES Y APELLIDOS: Eida Lorena Mesa Zuluaga

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ EXPEDIDO EN: Balboa (Rld)

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 17 MES 04 AÑO 1984 EDAD: 37 LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: Calle 5 Nº 11-20 Mistrato

TELÉFONO FIJO: _____

CELULAR: 3125364070

EXPERIENCIA EN CONFECCIÓN PRENDAS DE VESTIR SI __ NO X CUÁNTO TIEMPO? ___

ESCOLARIDAD

NOMBRE DE LA UNIDAD PRODUCTIVA ASOCIATIVA: _____ JORNADA: _____

MUNICIPIO _____ TIPO DE ESCOLARIDAD: Marcar a conitnuación con una X

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	
1. Ninguna	
2. Discapacitada	
3. Indigena	
4. Afrocolombiana	
5. Raizal	
6. ROM	
7. Cabeza de hogar	X
8. LGTBI	
9. Reintegrada	
10. Migrante	
11. Otra Cual Desplazada	
TERRITORIALIDAD	
1. Urbana	X
2. Rural	

NIVEL DE ESCOLARIDAD	TIPO DE ESCOLARIDAD	GRADO o No. AÑOS
BÁSICA	BÁSICA	Entre 1 PRIMARIA Y 9 Grado BACHILLERATO
MEDIA	ACADÉMICA X	10 A 11 Grado de BACHILLERATO
	COMERCIAL	
	TÉCNICA	
SUPERIOR	TÉCNICO PROFESIONAL	Entre 1 y 4 AÑOS
	TECNÓLOGO	
UNIVERSITARIA	PROFESIONAL	Entre 1 y 8 AÑOS

NOMBRE DEL PROFESIONAL A CARGO:

TELÉFONO:

NOTA:

La inscripción tiene válidez de 5 días después de haber iniciado el curso.

Suministrar fotocopia de la cédula de ciudadanía y soporte de afiliación a salud.

Con mi firma certifico que conozco la información y acepto las condiciones del curso, consignadas en el documento ASPECTOS RELATIVOS AL CURSO.

FIRMA DEL INSTRUCTOR **FIRMA DEL ASPIRANTE**

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No.1377 de 2013 **SI**__**NO**__

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA
ACTITUD PRODUCTIVA PARA EL DESARROLLO

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Eidi Lorena Mesa Cédula: 24512599

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio X
Asociación _____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
___/___/___

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí ____ No ____

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ____ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar NO

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ____ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 7 Parentesco hijo
¿Cuántos mayores? 3 Parentesco Mamá, papá, abuela

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
Humberto Mesa
Luz Mava Zuluaga
Sluen Diaz
Judit Cavvajal
27-05-2021

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ____ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis__ segunda dosis___

Yo Eidi Lorena Mesa identificado con cédula de ciudadanía 24512599 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: _____

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO __

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA
ACTITUD PRODUCTIVA PARA EL DESARROLLO

MATRIZ DE INDICADORES Y COMPETENCIAS BÁSICAS

MUNICIPIO	Mistrato		
UNIDAD PRODUCTIVA ASOCIATIVA	Asodemni		
NOMBRE BENEFICIARIA	Eidi lorena Mesa		
CÉDULA DE CIUDADANÍA	24512599		
FECHA			
HA TRABAJADO EN UNA EMPRESA DE CONFECCIÓN?	SI	NO X	CUÁL?

El siguiente ejercicio presenta el estado inicial de habilidades y conocimiento técnico de las mujeres seleccionadas para el proyecto, aplicando esta herramienta denominada matriz de indicadores y competencias técnicas a cada beneficiaria. Dicha validación es presencial, en las instalaciones de cada unidad productiva asociativa y debe contar con evidencia de habilidades para la manipulación de maquinaria básica de confección, lo cual permite posteriormente realizar un análisis de la curva de aprendizaje de la participante.

		CAPACIDAD			
		NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
		No reconoce el concepto, no tiene habilidad	Tiene concepto básico, no tiene la habilidad	Tiene concepto básico, tiene habilidad basica	Tiene concepto y tiene habilidad
1	Reconoce el funcionamiento de las máquinas	X			
2	Tiene conocimiento de manejo de máquina Plana	X			
3	Tiene conocimiento de manejo de máquina Fileteadora	X			
4	Tiene conocimiento de manejo de máquina Collarín	X			
5	Tiene conocimiento de manejo de máquina Ojaladora	X			
6	Tiene conocimiento de manejo de máquina Botonadora	X			
7	Diferencia y explica algunas características del funcionamiento de las máquinas	X			
8	Conoce el sistema de producción de la confección	X			
9	Maneja la producción hora a hora	X			
10	Reconoce partes fundamentales de las prendas a confeccionar	X			
11	Reconoce protocolos de bioseguridad de desinfección de máquinas y herramientas	X			
12	Identifica cual es la calidad en una prenda de vestir	X			
13	Reconoce cuales son los componentes de mala calidad en una prenda	X			
14	Explica el por qué del mal funcionamiento de una máquina	X			
15	Explica como se puede realizar una operación en la máquina seleccionada	X			
16	Identifica que máquina es adecuada para la operación que requiere la prenda	X			
Para obtener el subtotal sume las "X" de cada columna y escriba el resultado					
Multiplique el total de cada columna por el número de recuadro negro y escriba el resultado		1	2	3	4
Sume los valores anteriores para obtener el puntaje total sobre la actividad					

Escaneado con CamScanner

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA
ACTIVO PRODUCTIVA PARA EL DESARROLLO

ZONA CERO: La persona no cuenta con los conocimientos y habilidades en confección, no comprende los conceptos, no posee la estructura para una produccion en linea con agilidad.	(1 a 30 Puntos)
ZONA BÁSICA: La persona posee conocimientos básicos estructurales de confección, que le permiten empezar una etapa de capacitación para potencializar los recursos que tiene y tener una clara aplicación de conceptos pasados y adquiridos.	(31 a 45 Puntos)
ZONA DE MEJORAMIENTO: La persona tiene la oportunidad de mejorar para lograr estar en un nivel óptimo de confección y ser capaz de producir eficientemente en cualquier unidad productiva asociativa.	(46 a 60 Puntos)

OBSERVACIONES EVALUADORES

LA PARTICIPANTE MANIFIESTA NO POSEER HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS BASICOS EN MAQUINA PLANA, POR LO TANTO NO SE APLICA PRUEBA FISICA EN MAQUINA

OBSERVACIÓN EVALUADA

LA PARTICIPANTE MANIFIESTA NO POSEER NINGUN CONOCIMIENTO

FIRMA EVALUADA

FIRMA EVALUADORES 24512599

Escaneado con CamScanner