ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-28 V1

NÚMERO DE CÉDULA 1.024.463.768 **FECHA DE NACIMIENTO** 27-05-1986.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Blanca Jeaneth Jaramillo Nieto

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cll 61 # 17+18 Bis

LOCALIDAD Ciudad Bolivar.

TELÉFONO FIJO _____ **N° CELULAR** 3003234601

CORREO ELECTRÓNICO Janeth.Layoleth@gmail.com

EPS Famisanar **FONDO DE PENSIONES** Porvenir **ARL** Sura

ESTACO CIVIL: CASADO ____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO ____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI X NO ____

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI X NO ___ ¿CUÁNTOS? 1 ¿DE QUE EDAD(ES)? 3 años

TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI ___ NO X ¿CUÁNTOS? ____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD SI ___ NO X ¿CUÁL? ____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ____

OTRO ¿CUÁL? ____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD SI ___ No X

¿CUÁL? ____

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.463.768**

JARAMILLO NIETO

APELLIDOS

BLANCA JEANNETTE

NOMBRES

Blanca Jeannette Jaramillo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-1986**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-JUN-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00193013-F-1024463768-20091031 **0017**614556A 1 1120339396

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **09/01/2020**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora blanca jeannette jaramillo nieto** con **Cédula de Ciudadanía** número **1024463768**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488405295624**
Fecha de apertura	**13/05/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

Institución Educativa Distrital CEDID Guillermo Cano Isaza

Jornada Mañana

Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
según, Resolución No. 807 del 28 de Febrero de 2001

Confiere a:

Blanca Jeannette Jaramillo Nieto

T.I. 860727-33830 de Bogotá

el Título de :

Bachiller Tecnológico en Ciencias

Opción: Ciencias Naturales

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica-Técnica (Artículo 28 Ley 115 de 1994), según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaria

Anotado al Folio No. 54 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 4

Dado en Bogotá, D.C., a 6 de Diciembre de 2003

No requiere Registro de la Secretaría de Educación,
según Decretos 911 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995,
de la Presidencia de la República.

Vinsi Lisa Lira

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

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

Que : Jaramillo Nieto Blanca Jeannette

Curso y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplio los requisitos exigidos por la Ley
Con una intensidad de 1800 horas

Técnico Laboral en

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

Presidente
Roberto Galindo G.

Secretaria
Nancy Galindo

Directora Académica
Lila Yaneth Cicyla Ramirez

Dado en Bogotá D.C., A los 29 días del mes de Junio de 2007
Anotado en el folio 5499 del libro 04 del Registro de Fusdesa

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
"FUSDESA"

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL No. 017

En Bogotá, D.C. El día 27 de Junio del Año dos mil siete (2007), se Reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, el Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el Cuerpo de Docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega a

ACTA INDIVIDUAL No. 5499

Jaramillo Nieto Blanca Jeannette

C.C. 1.024.463.768 de Bogotá D.C.

El certificado que lo (a) acredita como :

Técnico Laboral
Auxiliar de Enfermería

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley con una intensidad de 1.800 Horas.

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Veintinueve (29) días del mes de Junio del año dos mil siete (2007)

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

Presidente
Roberto Galindo G.

Secretaria
Nancy Galindo

Directora Académica
Lila Yaneth Cicua Ramírez

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

Grupo Especilizado de Rescate
y Salvamento de Colombia

CERTIFICA QUE:

Blanca Jeannette Jaramillo Nieto

Identificado(a) con N° de Documento.

CC: 1.024.463.768

Asistio al programa correspondiente a:

TOMA DE MUESTRAS

Con una duración de 08 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Viracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 18 dias de mes de Enero de 2019
Vigencia hasta el dia 18 del mes de Enero de 2020
Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228

GERSCOL
LEALTAD

BLANCA JANETH JARAMILLO NIETO

E-mail: jaramilloblancajaneth@gmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

Técnico: **AUXILIAR DE ENFERMERIA-LABORATORIO CLINICO**
Escuela de salud FUSDESA
Bogotá, 2007

Otros estudios: **LABORATORIO**
Escuela de salud gerscol
Bogotá, 2019

TOMA DE MUESTRAS
Escuela de salud gerscol
Bogotá, 2019

PRIMER RESPONDIENTE PARA PERSONAL SALUD.
Secretaria Distrital de Salud
Bogotá, 2015

SOPORTE VITAL BÁSICO
Escuela de salud gerscol
Bogotá, 2019

Secundaria: Cedid Guillermo cano Isaza
Bachiller
Bogotá, D.C., 2003

EXPERIENCIA LABORAL

Clínica universitaria Carlos lleras Restrepo

Cargo: Auxiliar de enfermería

Funciones: Toma de muestras, montaje, ingreso a sistema, atención al usuario.

Tiempo laborado: 15-09-2010 al 14-06-2016

EXPERIENCIA LABORAL

HOGAR ADELITA
Cargo auxiliar de enfermería
Tiempo laborado 12/07/2015 30/07/2016

REFERENCIAS PERSONALES

JENNY PAOLA ORTIZ MARIN
AUXILIAR DE ENFERMERIA

YURY JARAMILLO
AMA DE CASA

BLANCA JANETH JARAMILLO NIETO

C.C. 1.024.463.768 de Bogotá

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 2295 de 29/02/2008

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) JARAMILLO NIETO BLANCA JEANNETTE Identificado(a) con CC número 1024463768 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 29/06/2007 y registrado en el libro 4 Folio 5499 año 2007
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 JARAMILLO NIETO BLANCA JEANNETTE identificado(a) con CC número 1024463768 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 29/02/2008

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

HERMAN REDONDO GOMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C 29/02/2008
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Janeth Jaramillo
CC. # 10.244.63768
Firma Janeth Jaramillo Nieto

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

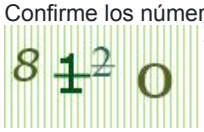
Número de Identificación *

1024463768

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9504

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2021-06-24→6:46:32 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1024463768	BLANCA	JEANNETTE	JARAMILLO	NIETO	Vigente	Ver

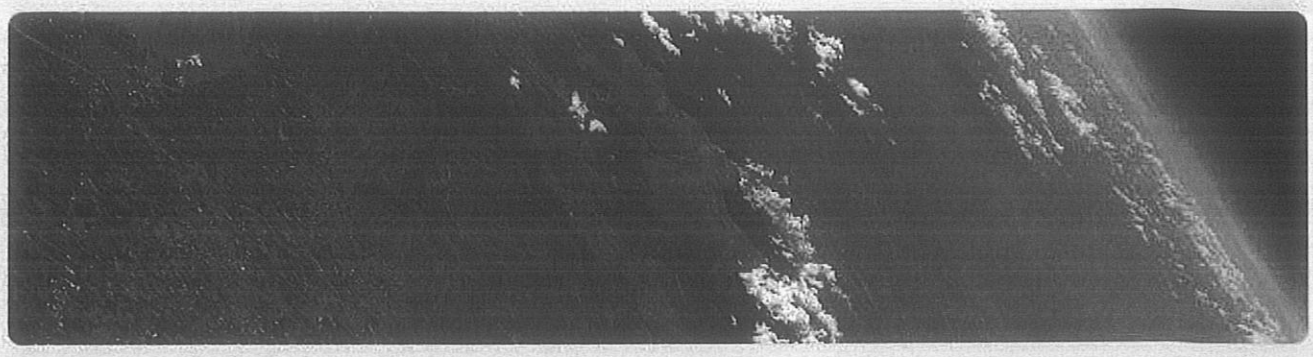
De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO identificado(a) con CC 1024463768 registra La siguiente información:

2021-06-24→6:46:32 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2008-02-29	2295	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



INFORMACIÓN DE CONTRATISTAS SUBRED SUR VIGENCIA 2021

REGISTRO EXITOSO (Tomar Pantallazo)

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

BANCO DE HOJAS DE VIDA DE BOGOTÁ, D.C.

Su número de registro es: **625253**, conserve este número de registro.

Descargar registro aquí

1. Datos personales

Primer nombre
BLANCA

Otros nombres
janeth

Primer apellido
JARAMILLO

Segundo apellido
NIETO

Fecha de Nacimiento
27/05/1986

Sexo
Mujer

Teléfono de contacto
3003234601

Correo electrónico personal
janeth.vayolett@gmail.com

Dirección de residencia
CALLE 61 # 16 17

Ciudad de residencia
Bogotá D.C.

Localidad de residencia
Ciudad Bolívar

2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo	Educación media (hasta grado once aprobado)
Titulo academico	No aplica
Graduado	Si
Semestres cursados	0

Otros estudios

Nombre del curso	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Graduado	Si
Horas	1800
Nombre del curso	SOPORTE VITAL BASICO
Graduado	Si
Horas	20

3. Idiomas

No se encontraron idiomas

Copyright 2019
Departamento Administrativo del
Servicio Civil Distrital.
Todos los derechos reservados.

	DECLARACIÓN JURAMENTADA CONTRATISTA	CO-OPS-FT-32 V1	

Bogotá D.C., Enero 2021

PARA: LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA
GERENTE
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E. S.E. – Contratante

DE: Blanca Jeareth Jaramillo Nieto

Contratista prestación de Servicios

Yo, Blanca Jeaneth Jaramillo Nieto identificado(a) con la C.C. No. 1024.463.768 de Bogota., mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

PRIMERO: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

SEGUNDO: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales

TIPO DE FORMACIÓN (FORMAL O INFORMAL)	TÍTULO O CERTIFICACIÓN OBTENIDA	FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA,MES,AÑO)	ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DÍA,MES,AÑO)
Formal	Bachilles	06/12/2003	Guillermo Cano	N.A
Formal	Aux. Enfermería	29/06/2007	Fusdesa	N.A.
Informal	Soporte vital Basico	18/01/2019	Gerscol	18/01/2021
Informal	Toma Muestras	18/01/2019	Gerscol	18/01/2021
Informal	Codigo blanco	18/01/2019	Gerscol	18/01/2021
Titulacion	Hepatitis B	21/06/2021	Colcan	N.A.
Vacuna	Sarampión - Rubeola	15/06/2005	H. Meissen	N.A.
Vacuna	Tetano	14/04/2005 14/05/2007 06/10/2008	H. Meissen	N.A
Vacuna	Hepatitis B	13/04/2005 13/05/2005 14/11/2005	H. Meissen	N.A.

TERCERO: Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano. Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.

FIRMA Janeth Jaramillo Vieto

CC No. 1024463768

DIRECCIÓN: Cll 61 # 17-18 Bis

TELEFONO: 3003234601

CORREO ELECTRÓNICO: Janeth.Violetta@gmail.com.

Bogotá D.C., Enero - 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad,

ASUNTO: **OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, como persona natural, para satisfacer la necesidad requerida por la Subred Sur E.S.E.

Informo que me encuentro registrado en las siguientes plataformas: TALENTO NO PALANCA[1], SIDEAP[2], SECOP II[3] y ReTHUS[4] en el evento de ser requerido para personas que presten servicios de salud.

Atentamente,

FIRMA: Janeth Jaramillo Nieto
NOMBRES: Blanca Janeth Jaramillo Nieto
CC NO. 1024463768
DIRECCIÓN: Call 61 # 17-18 Bis
TELEFONO: 3003234601
CORREO ELECTRÓNICO: Janeth.Vaplett@gmail.com.

[1] Circular 051 de 2020, en cumplimiento de la Ley 201 de 2019 y conforme los compromisos de transparencia y lucha contra la corrupción planteados por la Administración Distrital.
[2] https://sideap.serviciocivil.gov.co
[3] Plataforma transaccional en la cual las Entidades Estatales pueden hacer todo el Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden conocen la demanda de las Entidades Estatales, obtienen información de los Procesos de Contratación, presentan ofertas y gestionan sus contratos; los organismos de control hacen la auditoría del Sistema de Compra; y la sociedad civil conoce la forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los contribuyentes para entregar bienes, obras y servicios a las personas.
[4] Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-jun-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, BLANCA janeth JARAMILLO NIETO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1024463768 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección carrera71d54a22sur **Teléfonos** 3003234601 7751655

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE 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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 18.750.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.750.000,00

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
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	0550488405295624	AV 68	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Gareth Jaramillo Nieto

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 24-jun-2021

CIUDAD Y FECHA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-jun-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
JARAMILLO	NIETO	BLANCA janeth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1024463768	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 27 MES MAY AÑO 1986	carrera71d54a22sur
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.
DEPTO Bogotá D.C.	CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7751655
CIUDAD Bogotá D.C.	EMAIL janeth.vayolett@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 BASICA											TITULO diploma
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2003

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
BLS	GERSCOL	2019	20
CODIGO BLANCO	GERSOL	2019	20
TOMA DE MUESTRAS	GERSCOL	2019	20
AUXILIAR DE ENFERMERIA	FUSDESA	2007	1800

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-jun-2021

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7300000	DIA 18 MES 1 AÑO 2019	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO	CRA 20 # 52 44

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	2	5
Total	2	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-jun-2021

Bogotá D.C. - 24-jun-2021
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Janeth Jaramillo Nieto
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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL	DI-GRI-FT-07 V1

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

FECHA:	19/11/2020	CIUDAD:	Bogota D.C.	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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 Sur E.S.E, 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 VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PÚBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	NA

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Jaramillo	Nieto	Blanca	Janeth

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1024.463.768		
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
27-05-1986	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐		3	2	3008234601

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA							PROFESIÓN / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☒	PRIMARIA ☐	TÉCNICO ☒	TECNÓLOGO ☐	OTRO ☐	CUAL: NA	Auxiliar Enf

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA
Carrera 710 54 A-22 Sur	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PÁGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Janeth.Laydett@gmail.com	NA	PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
NA	NA	NA	NA	NA

2. DATOS DEL CÓNYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NA	NA	NA	NA

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: NA
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. . . . . ☐	

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C.I.I.U ACTIVIDAD ECONÓMICA
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	NA NA
		NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☐	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	NA

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐	# NIT	
EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐			
OTRA ☐ CUAL:	NA		

DIRECIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
NA	NA	NA	NA	NA
CARGO ACTUAL	NA		FECHA VINCULACIÓN	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
NA	NA	NA	NA	NA	NA

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1560.000	GASTOS FAMILIARES	1'000.000	AHORROS	NA	SALDO HIPOTECA	NA
HONORARIOS	NA	ARRIENDOS	300.000	INVERSIONES	NA	TARJETAS DE CRÉDITO	NA
ARRIENDOS	NA	CUOTA VEHÍCULO	NA	VEHÍCULOS	NA	DEUDA VEHÍCULOS	NA
COMISIONES	NA	CUOTA VIVIENDA	NA	PROPIEDADES	NA	DEUDAS TERCEROS	200.000
OTROS INGRESOS*	NA	OTROS EGRESOS*	NA	OTROS ACTIVOS*	NA	OTROS PASIVOS*	NA
TOTAL INGRESOS	$0	TOTAL EGRESOS	$0	TOTAL ACTIVOS	$0	TOTAL PASIVOS	$0

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS
NA	NA	NA	NA

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
Gomez		Gloria	Lucia
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR
Diag 61 Bsur 18P35	Bogotá D.C	Amiga	3138736054.

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
NA	NA	NA	NA	NA

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
NA	NA	NA	NA	NA	NA

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL: NA

8. DECLARACIÓN 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 SUR E.S.E** 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 SUR E.S.E** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Actividades como Auxiliar Laboratorio

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 SUR E.S.E 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 SUR E.S.E a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E 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 SUR E.S.E 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 comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Sur E.S.E, con Nit **900958564-9**, ubicada en la Carrera 20 # 47B -35 sur , teléfono 7300000 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la E.S.E y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la E.S.E y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le E.S.E y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la E.S.E y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la E.S.E y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la E.S.E y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Carrera 20 #47B - 35 Sur Bogotá DC, telefono 7300000)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Janeth Jaramillo Nieto

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR LA ENTIDAD

X. INFORMACIÓN 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. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 19 de noviembre de 2020, a las 10:58:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1024463768
Código de Verificación	102446376820111910584O

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 WEB
No. 3944178

Bogotá D.C., 19 de Noviembre de 2020 - 11:01 am

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) **BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL VEINTICUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO** de BOGOTA D.C.

1024463768

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.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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: _UDY8N_
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:48:23 horas del 19/11/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1024463768**
Apellidos y Nombres: **JARAMILLO NIETO BLANCA JEANNETTE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Dirección: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 154143507

WEB
10:50:24

Bogotá DC, 19 de noviembre del 2020

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) BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024463768:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14509618460

(415)7707212489984(8020) 000001450961846 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 4 4 6 3 7 6 8	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 2 4 4 6 3 7 6 8	2 0 0 4 0 6 0 9

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JARAMILLO	NIETO	BLANCA	JEANNETTE

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 71 D 54 A 22 SUR BRR OLARTE

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jaramilloblancajeaneth@gmail.com		3 0 0 3 2 3 4 6 0 1	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 9 0 5 1 3						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 5 1 3

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: GARCIA OSORIO DIEGO MAURICIO
985. Cargo: Analista III

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 13-05-2019 03:38:19PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:13/05/2019

CONTRIBUYENTE	C.C. 1024463768	BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 71D 54 A 22 SUR BR OLARTE Teléfonos: 3003234601

Dirección electrónica: jaramilloblancajeaneth@gmail Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: 13/05/2019

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 13/05/2019 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA .S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

IMPORTANTE: no confie su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros medicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.

NOTA: este certificado medico es vàlido en el formato original y con el sello seco.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 14/05/19	INGRESO [X]	EGRESO [ ]	PERIODICO [ ]	TRAB. EN ALTURAS [ ]	ESPAC. CONFINADOS [ ]	MAN. ALIMENTOS [ ]

NOMBRE	BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO	IDENTIFICACION	1.024.463.768

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO [X]	AUDIOMETRÍA [ ]	VISIOMETRÍA [X]	ESPIROMETRÍA [ ]	LABORATORIO CLÍNICO [ ]	PRUEBA VESTIBULAR [ ]

ASOCIACION MANOS UNIDAS

EMPRESA	SUR RED SUR
CARGO	AUXILIAR ENFERMERIA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	[X]	APTO CON RESTRICCIONES	[ ]
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO	[ ]	APLAZADO	[ ]
APTO CON PATOLOGIA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO	[ ]	NO APTO	[ ]

RESULTADO EXAMENES	MEDICO, VISIOMETRIA: NORMAL
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: **HOMBROS**: amplitud de movimiento, rotación interna/externa, prueba del supraespinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins-Kennedy: normales; **CODO**: prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos: normales; **MANO**: prueba de Finkelstein: normal, Tinel, Phanel: normales, **COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES**: Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray: normales
TIPO DE RESTRICCION	OBSERVACION: NINGUNA

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). Gestión. Peligro biológico mediante inmunización contra hepatitis B, Influenza y tétano o las que se requieran (gtc 45). Instrucciones sobre las buenas prácticas en la seguridad y detección temprana de eventos adversos en el paciente (Res. 1446/2006). Uso de los elementos de bioseguridad (guantes, tapabocas, trajes anti fluidos, gafas, etc), ante la exposición radiofísica y en el manejo de agentes químicos y biológicos peligrosos (Arts 150 y 101 de la Ley 9). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). **Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo.. pausas dinámicas cada 2 horas.**

PABLO HERNANDEZ FIRMA Y REG. PROFESIONAL 5334/09	Janeth Jaramillo Nieto FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE	

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado : el** que falsifique documento privado que pueda servir de prueba , incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. **(Articulo 289 del Código penal Colombiano).**

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	BLANCA JEANNETTE JARAMILLO	EDAD: 32	FECHA: 14/05/19
IDENTIFICACION:	1024463768	TELEFONO:	
CARGO:	AUX DE ENFERMERIA	EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACION: AUX DE ENFERMERIA	TIEMPO EN ESTE OFICIO: 3 AÑOS

UTILIZA ALGUNA PROTECCION? SI ___ NO ___ CUAL? ___

EVALUACION DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION	CON CORRECCION
Lejos OD	20/25	
Lejos OI	20/30	
Lejos AO	20/25	
Cerca OD	20/20	
Cerca OI	20/20	
Cerca AO	20/20	

RECOMENDACIONES

OFTALMOSCOPIA DIRECTA	OD: Normal	OI: Normal	AO: Normal		
Necesidad de correction óptica:	NO				
Cromática:	NORMAL Ambos ojos		ANORMAL ___		
Test Estereopsis:	Normal				
INTERPRETACION:	NO NECESITA RX				
OBSERVACIONES	USO DE EPP visual				
RECOMENDACIONES	Control anual				

Dra. ANGELA P. PRIETO
Optómetra
Esp. Salud Ocupacional
Res. 5624 de 31/12/2010

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR

REPORTE DE ESPIROMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA:
IDENTIFICACION:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

RESULTADOS PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO	VALOR TEORICO	
FUC (L)			
FEV1 (L)			
FEV1 / FUC (%)			
FEF25 - 75% (L/S)			
PEF(L/S)			

INTERPRETACION

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

IMPORTANTE: no confie su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros medicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.

NOTA: este certificado medico es vàlido en el formato original y con el sello seco.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 14/05/19	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	

NOMBRE	BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO	IDENTIFICACION	1.024.463.768

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRÍA		VISIOMETRÍA	X	ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

ASOCIACION MANOS UNIDAS

EMPRESA	SUR RED SUR
CARGO	AUXILIAR ENFERMERIA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO	
APTO CON PATOLOGIA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO		NO APTO	

RESULTADO EXAMENES	MEDICO, VISIOMETRIA: NORMAL
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: **HOMBROS**: amplitud de movimiento, rotación interna/externa, prueba del supraespinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins-Kennedy: normales; **CODO**: prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos: normales; **MANO**: prueba de Finkelstein: normal, Tinel, Phanel: normales, **COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES**: Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray: normales

TIPO DE RESTRICCION		OBSERVACION	NINGUNA

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). Gestión. Peligro biológico mediante inmunización contra hepatitis B, Influenza y tétano o las que se requieran (gtc 45). Instrucciones sobre las buenas prácticas en la seguridad y detección temprana de eventos adversos en el paciente (Res. 1446/2006). Uso de los elementos de bioseguridad (guantes, tapabocas, trajes anti fluidos, gafas, etc), ante la exposición radiofísica y en el manejo de agentes químicos y biológicos peligrosos (Arts 150 y 101 de la Ley 9). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). **Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo.. pausas dinámicas cada 2 horas.**

PABLO HERNANDEZ FIRMA Y NRO PROFESIONAL 5334/09	Janeth Jaramillo Nieto FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE	

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado : el** que falsifique documento privado que pueda servir de prueba , incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. **(Articulo 289 del Código penal Colombiano).**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	15/06/2005	3000463	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	13/4/2005		
	2	15/5/2005		
	3	14/11/2005		
	4	14/03/2007		
	5	6/10/2008		
Contra Hepatitis B	1	13/4/2005	334019	
	2	13/05/2005	ALB4C408	
	3	14/11/2005	20602416478	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1 2 3	A6-1	2013 H. tunjuel K7062	
Virus de Papiloma Humano				
		24-03-2011	Neumococo 23 ESS24 05111	

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

Nombre	JANETH JARAMILLO NIETO		
Identificación	CC 1024463768	Tel.	
Edad	35 Años	Sexo	F
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	494354787		

Fecha de recepción:	18-JUN-2021 09:13 am
Fecha de impresión:	18-JUN-2021 09:29 am
Empresa	CASTRO PINZON MABEL DRA.
Sede	REFERENCIA
Fecha Validación	21-JUN-2021 10:00 a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B Método: HBsAg (antígeno de superficie de la hepatitis B)	705	UI/L	101-1000 UI/L HBsAg o anti-HBs (antígeno de superficie de la hepatitis B)



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 24 de junio de 2021 07:25 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1024463768
Nombres y Apellidos	BLANCA JARAMILLO NIETO		
Fecha de nacimiento:	27/05/1986		

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				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	08/03/2021	Pfizer	EN1195	HOSPITAL EL TUNAL
	Segunda dosis	30/03/2021	Pfizer	ER1742	HOSPITAL EL TUNAL
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis	25/01/2018	Bostrix	AC37B252AA - 30 JUNIO 2019	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO 1 DE MAYO
Fiebre amarilla	Primera dosis	01/03/2007	Stamaril		HOSPITAL VISTA HERMOSA
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
	Adicional				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 24 de junio de 2021 07:25 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1024463768
Nombres y Apellidos	BLANCA JARAMILLO NIETO		
Fecha de nacimiento:	27/05/1986		

Td	Primera dosis	28/06/2005	Tetavax		HOSPITAL MEISSEN
	Segunda dosis	28/07/2005	Tetavax		HOSPITAL MEISSEN
	Tercera dosis	11/08/2006	Tetavax		HOSPITAL MEISSEN
	Cuarta dosis	03/10/2007	Tetavax		HOSPITAL MEISSEN
	Quinta dosis	25/10/2017	Toxoide Tetánico y diftérico	D2300 - 31 OCTUBRE 2018	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO 1 DE MAYO
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nonavalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

Grupo Especilizado de Rescate
y Salvamento de Colombia

CERTIFICA QUE:

Blanca Jeannette Jaramillo Nieto

Identificado(a) con N° de Documento.

CC: 1.024.463.768

Asistio al programa correspondiente a:

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una duración de 08 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Viracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 18 dias de mes de Enero de 2019
Vigencia hasta el dia 18 del mes de Enero de 2020
Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228

GERSCOL
COMPROMISO LEALTAD EXCELENCIA

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

NIT. 900835611-9
Matrícula N° 02559175 del 06 de Abril de 2015

Grupo Especilizado de Rescate
y Salvamento de Colombia

CERTIFICA QUE:

Blanca Jeannette Jaramillo Nieto

Identificado(a) con N° de Documento.

CC: 1.024.463.768

Asistio al programa correspondiente a:

CURSO SOPORTE VITAL BASICO

Con una duración de 08 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Viracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 18 dias de mes de Enero de 2019
Vigencia hasta el dia 18 del mes de Enero de 2021
Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228

Medellín, 13 de enero de 2020

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

CERTIFICA:

Que BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1024463768 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 16/05/2019 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

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: 0000000001 - ASISTENCIAL
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

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.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10244637682001358744

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/01/2020 4.19 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

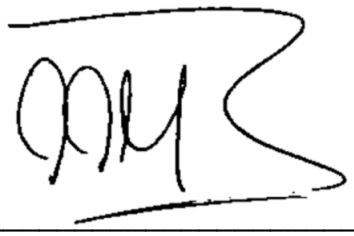
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.463.768**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Enero del 2020.

Cordialmente,



Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) VAYOLETT SOFIA SALAZAR JARAMILLO identificado(a) con RC 1023413535 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/08/2018**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CHICALA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 12 dias del mes de Enero del año 2020.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

MONICA PARDO SANCHEZ
AGENTE AMERICAS
EPS FAMISANAR S.A.S

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 09:33:32
BLANCA JEANNETTE ...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

Id de página:: 14001307 **Ayuda**

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado



Última Actualización

0	0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes	Mensajes

Sugerencias SECOP

Convocamos a todos los proveedores que estén en capacidad de suministrar los bienes y servicios parar atender la emergencia del COVID-19.
Inscríbete en la TVEC y encuentra oportunidades negociales con las entidades estatales.
Conoce el formulario para ser parte del grupo de proveedores.

SECOP II habilita la funcionalidad de validación de factura electrónica a partir de Diciembre 2020,
sí usted proveedor persona natural o jurídica está obligado a facturar electrónicamente,
por favor verifique que su tipo y número de identificación (NIT/Cédula)
registrado en la plataforma SECOP II estén correctos.
Los usuarios donde el tipo de identificación sea NIT registrarlo sin incluir el digito de verificación.
Para esto ingrese a la opción configuración Entidad Estatal/Proveedor y actualice la información.

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes…
Más información .

Oportun Recibidas **s**

Sin oportunidades
Más información .

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C 10-ENERO - 2020

Señores:

FUSDESA

Por medio de la presente, yo Blanca Jeaneth Jaramillo Nieto, identificado con número de documento 1.024.463.768, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: Blanca Jeaneth Jaramillo Nieto

No. Documento: 1.024.463.768

Teléfono: 3003234601