

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Heidy Lorena Sánchez Rueda
c.c. 1023004106 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el curso de Atención a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia
con un total de 48 Horas.

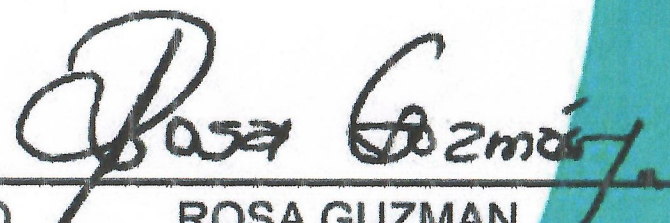
Fecha de emisión: 2020-12-21
Fecha de vencimiento: 2022-12-21



SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Heidy Lorena Sánchez Rueda

c.c. 1023004106 de Bogotá D.C

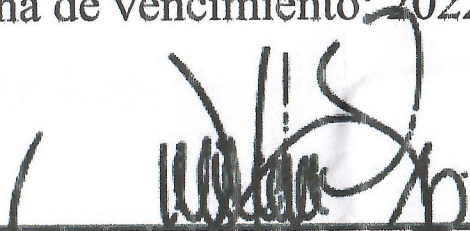
Realizó y aprobó el curso de Soporte Vital Básico RCCP
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2020-12-18

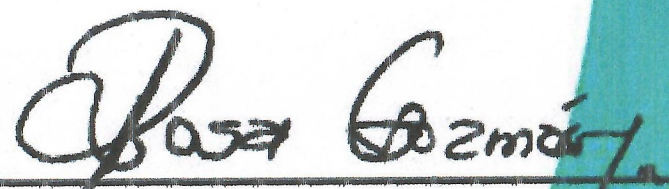
Fecha de vencimiento: 2022-12-18



S. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Te entiende. Te atiende

385975

Número de Radicación

Fecha de Radicación

18122020

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite:		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐	B. Reporte de Novedad ☐	B. Colectiva ☒	A. Individual:	- Cotizante o Cabeza de Familia ☐	A. Contributivo ☒
			- Beneficiario o afiliado adicional ☐	D. De Oficio ☐	B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒	B. Cabeza de Familia ☐	C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐	B. Independiente ☒	C. Pensionado ☐

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Sanchez	Rueda	Henry	Lorena
7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023004106	Femenino ☒ Masculino ☐	11/05/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
M	Tipo F N M Condición T P	32.9	NA
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	
Sural		Calpensiones	
17. Ingresos base de cotización - IBC		18. Residencia	
3044193205		Kr 110 este # 74a Gls 2002667	
3044193205		hedy762@hotmail.com	
Bogotá DC		Urbana ☒ Rural ☐	
Usmé		Condado Marco	

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 completos			
Imbach	Farfan	Daniel	Adolfo
20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CC	1072934757	Femenino ☐ Masculino ☒	25/03/1993

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

24. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
B1		Femenino ☐ Masculino ☐	
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad
		Tipo F N M Condición T P
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular		
B1			
B2			
B3			
B4			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad		Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	1023004106	Femenino ☒ Masculino ☐	11/05/1995	18/11/2020	

43. EPS anterior: Capital Salud

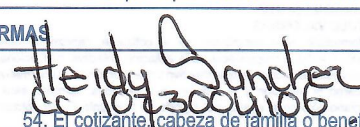
44. Motivo de traslado: Código

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y 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 vigente 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 el 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
---	--

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Copia 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. 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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>			

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 21/12/2020 15:32:49

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: HEIDY LORENA SANCHEZ RUEDA

C.C 1023004106

EDAD 25 Años

SEXO F

CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☒

Optometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio

SI ☐ NO ☒

Glic ☐

Col ☐

Trigli ☐ Otros ☐

¿Cuáles?

Énfasis Osteomuscular ☒

Otros ☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL POR NUTRICION EPS/ USO DE LENTES PARA LABORAR

CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS/ USO DE EPP/REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)/NO

PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Heidy Sanchez



Anderson Y. Gómez Acila

Anderson Y. Gómez Acila
Médico Cirujano Especialista en Salud
Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución No. 4251 - 2016

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX.: 278-4705 FAX.: 239 2301 Bogotá, D.C.

E-mail: clinisurips1@gmail.com - www.clinisurips.com

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax

E-mail: clinisurips@hotmail.com - http://www.clinisurips.com

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14728035524



(415)7707212489984(8020) 000001472803552 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 3 0 0 4 1 0 6

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 2 3 0 0 4 1 0 6

27. Fecha expedición

2 0 1 3 0 5 1 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SANCHEZ

32. Segundo apellido

RUEDA

33. Primer nombre

HEIDY

34. Otros nombres

LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 15 ESTE 71 SUR 77

42. Correo electrónico

heidy762@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

2 0 0 2 6 6 7

45. Teléfono 2

3 0 4 4 1 9 3 2 0 5

CLASIFICACIÓN

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

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

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2020 - 12 - 21 / 14 : 14: 42

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 SANCHEZ RUEDA HEIDY LORENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 21/12/2020

CONTRIBUYENTE

C.C. 1023004106

HEIDY LORENA SANCHEZ RUEDA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 15 ESTE 71 77 SUR

Teléfonos: 2002667

Dirección electrónica: heidy762@hotmail.com

Ciudad: BOGOTÁ DC

Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018

Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL

Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 11/12/2020

Matrícula Mercantil: NO

Fecha inicio de Actividades: 11/12/2020

Fecha de cese de Actividades: NO

No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (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
Secretaría de Hacienda Distrital.

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

Fuente: RIT-SHD

Search

SISPRO

 Principal SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1

1008

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2020-12-21--5:41:58 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación:	
CC	1023004106	HEIDY	LORENA	SANCHEZ	RUEDA	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) HEIDY LORENA SANCHEZ RUEDA identificado(a) con CC 1023004106 registra La siguiente información:

2020-12-21--5:41:58 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2020-11-20	18217	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).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00

p.m. en jornada continua.

Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD

Notificaciones judiciales

Términos y condiciones de uso.

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-07 V5

DEBE:
 ENTREGAR COPIA EN FÍSICO DE TODA LA DOCUMENTACIÓN Y PRESENTARLA EN CARPETA TAMAÑO OFICIO DE CARTÓN CON GANCHO LEGAJADOR PLÁSTICO.
 ENTREGAR EN CD CON TODA LA INFORMACIÓN SEGÚN LISTA DE CHEQUEO EN ARCHIVO PDF

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS		No DE CÉDULA			
Herdy Lorena Sanchez Rueda		1.023.004.106			
Nº	DOCUMENTO	ESPECIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
1	CARTA PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	POR PARTE DEL CONTRATISTA	☒		
2	FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CÉDULA DE CIUDADANÍA CÉDULA DE EXTRANJERÍA	☒		
3	FORMATO DE HOJA DE VIDA SIDEAP	COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO (SIN TACHONES NI ENMENDADURAS)	☒		
4	FORMATO DE DECLARACIÓN BIENES Y RENTAS SIDEAP	COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO (SIN TACHONES NI ENMENDADURAS)	☒		
5	CERTIFICACION BANCARIA	CERTIFICADO EMITIDO POR LA ENTIDAD BANCARIA DONDE SE EVIDENCIE EL NÚMERO DE LA CUENTA BANCARIA (ACTIVA)	☒		
6	DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO	DIPLOMA Y ACTA DE BACHILLER PARA AUXILIARES DIPLOMA Y ACTA DE BACHILLER PARA TÉCNICOS DIPLOMA Y ACTA DE BACHILLER TECNÓLOGOS DIPLOMA Y ACTA DE GRADO DE PREGRADO DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD DIPLOMA Y ACTA DE GRADO DE POSTGRADO DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD	☒		
7	CERTIFICADO DE ESTUDIOS ADICIONALES	CURSOS, SEMINARIOS, DIPLOMADOS, ENTRENAMIENTOS ESPECÍFICOS, ETC.	☒		
8	CERTIFICADO DE EXPERIENCIA LABORAL	LOS CERTIFICADOS ANEXOS DEBEN SER LOS MENCIONADOS EN LA HOJA DE VIDA SIDEAP	☒		
9	FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL SDS O COLEGIADOS SEGUN SU PROFESIÓN PARA PERSONAL ASISTENCIAL ANEC (REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE ENFERMERÍA) COPNIA (INGENIEROS- TECNÓLOGOS AMBIENTALES)	TARJETA PROFESIONAL Y RESOLUCIÓN (ANTES DEL 2012) Y RETHUS CONFORME A LA LEY 1164 Y LA RESOLUCIÓN 3030 DE 2014. REGISTRO DE INSCRIPCIÓN DONDE SE REALIZO EL RURAL Y TARJETA DE COLEGIATURAS	☒		
10	LIBRETA MILITAR	HOMBRES HASTA 50 AÑOS Jóvenes : Plazo de 18 meses para traer la libreta, una vez inicie contrato	☒		
11	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT	COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO (SIN TACHONES NI ENMENDADURAS)	☒		
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS, FISCALES Y JUDICIALES	PERSONERÍA ☒ CONTRALORIA ☒ PROCURADURÍA ☒ POLICÍA ☒	☒		
13	ANTECEDENTES PROFESIONALES EN LOS CASOS QUE APLIQUE	ABOGADOS (CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA) PROFESIONALES EN INGENIERÍA O AFINES (CONPIA)	☒		
14	RUT (ACTUALMENTE DONDE RESIDE)	ACTUALIZADO CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA RELACIONADA CON EL OBJETO CONTRACTUAL (ACTUALIZADO APARTIR DEL 2013)	☒		
15	RIT	ACTUALIZADO CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA Y RELACIONADO CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE COINCIDA CON EL RUT	☒		
16	EXÁMENES	PARA TODO EL PERSONAL GENERAL SALUD OCUPACIONAL (NO SUPERIOR A 3 AÑOS) VISIONOMETRIA (NO SUPERIOR 1 AÑO) AUXILIARES DE MANTENIMIENTO VISIONOMETRIA Y AUDIOMETRIA (NO SUPERIOR 1 AÑO) CURSO DE ALTURAS CONDUCTORES VISIONOMETRIA Y AUDIOMETRIA (NO SUPERIOR 1 AÑO) EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	☒		
17	VACUNAS	VACUNAS ÁREA ADMINISTRATIVA *INFLUENZA (VIGENCIA 1 AÑO) / *SARAMPION VACUNAS ÁREA ASISTENCIAL *HEPATITIS B TRES DOSIS CUYO ESQUEMA ES EL DÍA 0, 60 Y 180. PARA QUIENES REALIZARON LA VACUNACIÓN Y NO TIENEN CARNE, DEBEN REALIZARSE LA TITULACIÓN DE ANTICUERPOS. *INFLUENZA (VIGENCIA 1 AÑO) *SARAMPION Y RUBEOLA *VARICELA DOS DOSIS EL DÍA 0 Y EL DÍA 180. Y/O TITULACION ANTICUERPOS *TÉTANOS. PARA MUJER TRES DOSIS EL DÍA 0-30-180 Y PARA HOMBRES DOS DOSIS EL DÍA 0 Y EL DÍA 30.	☒		
18	PARA CONDUCTORES APH MOTORIZADOS RESPUESTA RÁPIDA	LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE VEHICULOS VIGENTE LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE MOTOS VIGENTE CONSTANCIA DE COMPARENDOS SIMIT. PRIMER RESPONDIENTE (VIGENCIA 2 AÑOS) PRIMEROS AUXILIOS (VIGENCIA 2 AÑOS) CURSO COVE	☒		
19	CONDUCTORES ADMINISTRATIVOS MENSAJERO MOTORIZADO	LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE VEHICULOS VIGENTE LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE MOTOS VIGENTE CONSTANCIA DE COMPARENDOS SIMIT. PRIMER RESPONDIENTE (VIGENCIA 2 AÑOS) EXCEPTO MENSAJERO MOTORIZADO PRIMEROS AUXILIOS (VIGENCIA 2 AÑOS) EXCEPTO MENSAJERO MOTORIZADO	☒		
20	TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL DEBE TENER EL CURSO DE CÓDIGO BLANCO (Curso de víctimas de violencia sexual) vigencia de 2 años Res 459 de 2012				
Nº	DOCUMENTO	SERVICIO	PERFIL	CURSOS	
21			AUX DE ENFERMERIA	SOPORTE VITAL BÁSICO	☒
22		URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA	ENFERMERO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	
23			MÉDICO GENERAL	SOPORTE VITAL AVANZADO	
24		VACUNACIÓN	AUX DE ENFERMERIA	CERTIFICADO DE FORMACION PARA ADMINISTRAR INMUNOBIOLOGICO PAI	
25		TRANSFUSIÓN SANGUINEA	BACTERIOLOGO	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL MANEJO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	
26		CAMILLERO	CAMILLERO	CURSO DE CAMILLERO Y PRIMEROS AUXILIOS	
27		TOMA DE MUESTRAS	AUX DE ENFERMERIA AUX DE LABORATORIO	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE MUESTRAS	

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-07 V5

DEBE:
 ENTREGAR COPIA EN FÍSICO DE TODA LA DOCUMENTACIÓN Y PRESENTARLA EN CARPETA TAMAÑO OFICIO DE CARTÓN CON GANCHO LEGAJADOR PLÁSTICO.
 ENTREGAR EN CD CON TODA LA INFORMACIÓN SEGÚN LISTA DE CHEQUEO EN ARCHIVO PDF

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS		ESPECIFICACIÓN		No DE CÉDULA	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
28	REQUERIMIENTO AREA ASISTENCIAL	LABORATORIO CLÍNICO	AUXILIARES DE LABORATORIO AUX DE ENFERMERIA	CERTIFICADO DE FORMACION EN LABORATORIO CLÍNICO / TOMA DE MUESTRAS			
29			PEDIATRA	CURSO DE REANIMACIÓN AVANZADA PEDIÁTRICA PALS PARA EL PEDIATRA			
30		CUIDADO NEONATAL	ENFERMERO AUX DE ENFERMERIA TERAUPETA RESPIRATORIO NUTRICIONISTA FISIOTERAPEUTA	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN PACIENTE NEONATAL EXEPTO EL ESPECIALISTA EN NEAOTOLOGÍA O EN CUIDADO INTENSIVO			
31		CUIDADO INTENSIVO ADULTO	MÉDICO GENERAL MÉDICO ESPECIALISTA INTENSIVO, ANESTESIOLOGO, GINECOBISTETRA, MED INTERNA) ENFERMERO ESPECIALISTA AUX DE ENFERMERIA TERAUPETA RESPIRATORIO NUTRICIONISTA FISIOTERAPEUTA	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DE CONTROL DEL PACIENTE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS EXEPTO EL ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO			
32		HEMODIALISIS / UNIDAD RENAL	ENFERMERA AUX DE ENFERMERIA	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN AL PACIENTE EN UNIDAD RENAL			
33		TOMA DE CITOLOGIAS CRECIMIENTO Y DESARROLLO	MEDICO ENFERMERA AUX ENFERMERIA	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIAS PARA TECNOLOGÍA VIA- VILI (MÉDICO-ENFERMERA) CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN AIEPI (ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA)			
34		APH (Ambulancia)	MÉDICO TECNOLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA TÉCNICO AUX. DE ENFERMERIA	CURSO DE SOPORTE VTIAL BÁSICO Y AVANZADO			
35		ODONTOLOGÍA	ODONTÓLOGO ODONTÓLOGO ESPECIALISTA HIGIENISTA ORAL	CARNÉ DE RADIO PROTECCIÓN			
36		RADIOLOGÍA	TECNOLOGO EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	CARNÉ DE RADIO PROTECCIÓN			
37			ECOGRAFISTA	TAC FORMACIÓN ESPECIFICA EN MANEJO DE TAC			
38			MÉDICO GENERAL PSICOLOGO, NUTRICIONISTA Y TRABAJADORA SOCIAL	SOPORTE VITAL AVANZADO			
39				SOPORTE VITAL BASICO			
40	PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL (VALOR AMPARADO MÍNIMO 100 SMLM) VIGENCIA 1 AÑO	PARA TODO EL PERSONAL PROFESIONAL ASISTENCIAL INTRAMURAL					
41	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y/O SOPORTE DE AFILIACIÓN COMO INDEPENDIENTE	EPS ARL (Se realiza al momento de inicio de actividades en la entidad) AFP					
42	REGISTRO EN SECOP II	IMPRESIÓN DEL REGISTRO EN SECOP II EVIDENCIANDO USUARIO					
43	AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE TÍTULOS DEBIDAMENTE FIRMADO	PARA TODOS LOS PERFILES A EXCEPCIÓN BACHILLERES.					
44	ANUALMENTE, TODO EL PERSONAL DE CONTRATO DEBE TENER ACUTALIZADOS TODOS LOS SOPORTES DE HABILITACIÓN EN LOS CASOS QUE APLIQUE: (POLIZAS (1 año), EXÁMENES (Salud ocupacional menor a 3 años, visíometría 1 año), VACUNAS (Influenza 1 año), CURSOS radioprotección, código blanco, soporte vital básico, soporte vital avanzado, primer respondiente, primeros auxilios vigencia 2 años))						

OBSERVACIONES:

B =
 C =
 D: Vacunas

W /
 C /
 C /

NOMBRE DE QUIEN RECEPCIONA Y VERIFICA DOCUMENTOS

FECHA: