CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 05 de septiembre de 2018, a las 14:52:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52464033
Código de Verificación	524640331809051452 45

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

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	06 09 2018

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres — Primer apellido	Giraldo — Segundo apellido	Bleidis — Primer nombre	Amed — Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 52464033	9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento: 10 09 1978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad — Tipo F N M — Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Seguros Bolivar	16. Administradora de Pensiones: Proteccion	17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 781242	
18. Residencia — Dirección: Cra 20d # 63-65 sur	Teléfono fijo	3103143534 — Teléfono celular	e-mire_th@hotmail.com — Correo electrónico
Bogota — Municipio/Distrito	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	San Francisco — Localidad/Comuna	Cundinamarca. — Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres — Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres — Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia — Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registar por la EPS)
B1 Bogota	X				
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C de Olaya	2035
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
Bleidis Amed Giraldo	CC	52464033	

39. Ubicación — Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cra 20d # 63-65 sur	3103143534	e-mire_th@hotmail.com	Bogota	Cundinamarca.

B. REPORTE DE NOVEDADES

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	06092018

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios 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 al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:				1					1

- [ ] 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.

RADICADO EN LA EPS
REGIONAL - CUNDINAMARCA
06 SET. 2018
BOGOTA D.C.
ATENCIÓN AL USUARIO

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

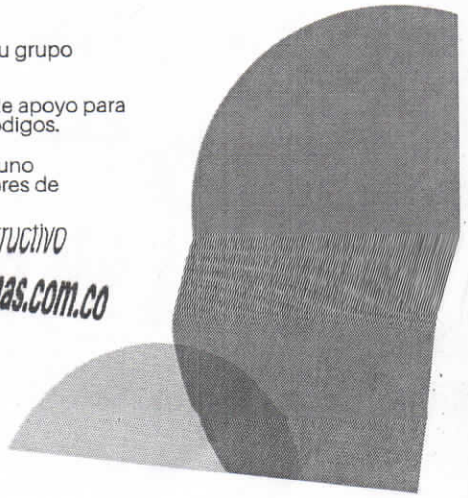
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- *Marca las casillas únicamente con una X.*
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- *Consulta el instructivo en* ***www.medimas.com.co***



Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen : COMUN Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

0000083252

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA PARTICULAR FECHA 31/08/2018 11:34:38

PREOCUPACIONAL O INGRESO ✓ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO BLEIDIS ANED GIRALDO C.C 52464033

EDAD 39 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA

EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	✓	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ✓
Visiometria	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Audiometria	☐	Cuales	
Espirometria	☐	Radiografias	

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

APTO PARA EL CARGO ✓ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROLES EPS MEDICINA GENERAL NUTRICION-
CAPACITACION PARA EL USO ADECUADO DE EPP
SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA- VISIOMETRIA OCUPACIONAL-

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Bleidis Giraldo

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. JHON A. PEREZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2425920

Bogotá D.C., 5 de Septiembre de 2018 - 15:51 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TREINTA Y TRES**

52464033

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.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
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: 9_THER9_5115
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 14:53:49 horas del 05/09/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52464033**
Apellidos y Nombres: **GIRALDO BLEIDIS ANED**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 114976754

WEB
14:52:35

Bogotá DC, 05 de septiembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) BLEIDIS ANED GIRALDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52464033:

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

DIANA PATRICIA SALCEDO GIRALDO
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP) (E)

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.

Acta de Grado

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

"RODRIGO LARA BONILLA"

Cra. 44 No. 66-40 Sur - Teléfono: 716 80 31
Jornada Nocturna

Inscripción S.E.: 6038
Dane: 111001136785

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 31 días del mes de Julio de 2004 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa Distrital "RODRIGO LARA BONILLA", Institución aprobada en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 2852 del 16 de Septiembre de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Bleidis Aned Giraldo

C. C. No. 52.464.033 de Santafé de Bogotá, D. C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 15 de fecha Julio 31 de 2004 que consta de alumnos graduados, comienza con el nombre de Abril Gómez Jhon Jairo y se cierra con el nombre de Vargas Jhon Alexánder.

Firmada y sellada por Jorge Benedicto Lagos Cárdenas (Rector) y Mónica Cecilia González Bedoya. (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 31 días del mes de Julio de 2004

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981 No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto Nº 921 del 6 de Mayo de 1994

Rector
C.C. No. 19.194.633 de Bogotá

Secretaria
C.C. No. 51.821.849 de Bogotá

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 027

ACTA INDIVIDUAL N° 12137

En Bogotá D.C. a los 14 días del Mes de Julio del año 2012,
B L E I D I S A N E D G I R A L D O
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nº 52.464.033 De Bogotá D.C
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas, y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 12137 del Libro 05 del Registro de FUSDESA.

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
SOCORRISTAS
FUSDESA

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.464.033**

GIRALDO

APELLIDOS

BLEIDIS ANED

NOMBRES

Bleidis Giraldo.

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1978**

PUERTO BOYACA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

04-MAR-1997 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00009581-F-0052464033-20080530 **0000**33627A 1 1360014554

RMS
REMEO® MEDICAL SERVICES

REMEO MEDICAL SERVICES S.A.S.

Certifica que

BLEIDIS ANED GIRALDO, identificada con cedula de ciudadanía Nº **52464033**, laboró en la Institución desde el 14 de diciembre de 2015 hasta el 05 de diciembre de 2017, en el cargo de **Auxiliar de Enfermería Home**, con contrato a término indefinido.

Se firma a los 15 días del mes de diciembre del 2017

LUIS ALBERTO MONTOYA ARCE
Coordinador Regional de Recursos Humanos
REMEO MEDICAL SERVICES S.A.S.
Teléfono: 5556939
Correo: luis.montoya@linde.com

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Claudia Rodriguez M.

Cra 2 N° 10 - 54 Teléfono 7 384299
Celular 310 513 1178
Puerto Boyacá - Boyacá
email: laborcrm@yahoo.es

HAGO CONSTAR

Que la Señora: **BLEIDIS ANED GIRALDO** , identificada con C.C. 52464033 de Bogotá (CUND), trabajo en el **LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO CLAUDIA RODRIGUEZ MUÑOZ**, como **AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO** desde: 06 de Enero del 2015 hasta el 30 Junio del 2015

Desempeñado sus labores con responsabilidad y cumplimiento, con buenas relaciones interpersonales y compromiso con la empresa.

Se expide a solicitud de la interesada a los 08 días del mes de Julio del 2015.

Cordialmente,

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO CLAUDIA RODRIGUEZ M.

CLAUDIA RODRIGUEZ MUÑOZ

Gerente-Bacterióloga

DROGUERIA RUBIMAR
DISTRIBUCIONES FARMACEUTICAS
NIT. 830.514.708-3

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Certifico a usted(es) que la Señora **BLEIDIS ANED GIRALDO** identificada con cédula de ciudadanía 52.464.033 de Bogotá, laboró en la droguería RUBIMAR S.A.S, desde el 01 de Abril hasta 31 de Julio de 2014, en el área de sistemas como digitadora de la base de datos de medicamentos y usuarios del servicio de la farmacia; donde su desempeño fue honesto, responsable, dedicada y cumplidora de sus deberes.

Dado en Puerto Boyacá a los treinta (30) días del mes de Agosto del 2014.

Cordialmente,

RUBIELA MARTINEZ MONTOYA
ADMINISTRADORA
C.C. 40.036.401 Tunja

CARRERA 2ª Nº 11-60 TELEFONO 7380851
rubimarltda@gmail.com
PUERTO BOYACA

JOSE CAYETANO VASQUEZ
Trabajamos Por Un Puerto Boyacá Saludable

Empresa Social del Estado
Hospital José Cayetano Vásquez.
Nit. 891.800.570-2 - Cód. 1557200807
Puerto Boyacá, Boyacá. – Colombia

EL SUSCRITO SUBGERENTE ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ

CERTIFICA:

Que la señora **BLEIDIS ANED GIRALDO** identificada con C.C. N° 52.464.033, estuvo laborando para las empresa Corfenix, la cual tenía contrato de suministro de personal de apoyo al área asistencial de la E.S.E, dicha labor la ocupo desde el 1 de Marzo de 2013 hasta el 31 de Diciembre de 2013.

La presente se expide a solicitud de la interesada y debido a que la empresa para la cual laboró no se encuentra activa en la actualidad, para constancia se firma en Puerto Boyacá, Boyacá a los 18 días del mes de Septiembre de 2014,

CARLOS ALBERTO LOSADA YUCUMA

ELABORO: MAXIMO RONDON
ASESOR

SERVINTEGRALES OUTSOURCING S.A.S

NIT: 900.484.795-8
"Integramos Servicios con Calidad Humana"

LA GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA:

Que la señor@ **BLEIDIS ANED GIRALDO** identificad@ con la cédula de ciudadanía número 52´464.033 expedida en Bogotá, estuvo vinculada mediante Contrato Individual de Trabajo con la Empresa **SERVINTEGRALES OUTSOURCING S.AS.**, desde el Primero (01) de enero hasta el 28 de febrero de 2014 fecha en la presento renuncia voluntaria, durante su vinculación se desempeñó como **Auxiliar de Enfermería** cumpliendo las actividades propias de su formación y competencia laboral en el Proceso de Apoyo a la Gestión Asistencial, adjudicada al desarrollo del Objeto del Contrato suscrito con la **E.S.E. Hospital José Cayetano Vásquez Puerto Boyacá**, las actividades designadas que cumplió en las Instalaciones de la Empresa Contrante.

Se expide a solicitud de la interesada con destino a Soporte de Hoja de Vida, en Tunja a los veintitrés (23) días del mes de Abril de Dos mil Catorce (2014).

MARIA TERESA PALMA LUNA
Gerente

Calle 26ª, 11-17 Piso 2, Oficina 02. Telefax: 7449834, Celular 3165219388 Correo electrónico: servintegrales0412@hotmail.com

Corfenix
Corporación para la Salud

CERTIFICA:

Que la Señora, **BLEIDIS ANED GIRALDO** identificada con cedula de ciudadanía No. 52.464.033 prestó sus servicios con la CORPORACIÓN PARA LA SALUD FENIX "CORFENIX" prestando su fuerza de trabajo como Auxiliar de Enfermería en el Hospital José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá desde el 01 de marzo al 31 diciembre de 2013, con un contrato por obra labor determinada.

Cualquier inquietud o sugerencia estaré atento en el 351 54 96 ó 351 02 11

BEATRIZ PEREIRA VALDERRAMA
Coordinadora de Recursos Humanos

Medellín, 25 de febrero de 2014.

Bogotá D.C

Señores:

Fusdesa

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Tecnico Auxiliar de Enfermeria

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Bleidis Giraldo

No. de documento: 52464033

Tarjeta profesional No: 52464033

Dirección de contacto: Cra 20d #63-65 sur

Teléfono: 8103143534.

Scanned by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 22 de enero de 2018, a las 16:17:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52464033
Código de Verificación	52464033180122161710

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

Digitó y Revisó: WEB

Tenemos los mejores beneficios para usted, y los hemos reunido en su nueva Cuenta de Ahorros Banco de Bogotá

GIRALDO BLEIDIS ANED) el Banco de Bogotá le da la Bienvenida

A partir de hoy, usted es parte de una entidad que busca ofrecerle los mejores productos. Por eso su Cuenta de Nómina No <**984035048**> le permite disfrutar los siguientes beneficios:

- Podrá ganar con su ahorro, con las promociones y alianzas que el banco publique de tiempo en tiempos diseñadas para usted, consúltelas en www.bancodebogota.com.
- Adquiriendo otros productos con nosotros podrá tener tarifas especiales. Consulte en la Servilínea de su ciudad, el portafolio que más se ajusta a sus necesidades.
- Podrá realizar retiros gratis a través de los más de 3.500 Cajeros Automáticos de la red ATH.

Tenga en cuenta que:

- Su cuenta quedará activa máximo en 4 días hábiles.
- Solicite la exoneración del impuesto 4 x mil en su cuenta, si tiene más de una Cuenta de Ahorros, este beneficio aplica únicamente para una de ellas.
- Para conocer todas las características, beneficios y tarifas de su Cuenta de Ahorros o de nuestros servicios bancarios, puede ingresar a www.bancodebogota.com ó comunicarse con la Servilínea de su ciudad.
- Los privilegios, comisiones, intereses y la forma de liquidación del producto, podrán sufrir modificaciones, para lo cual el Banco oportunamente y por cualquier medio te hará conocer.
- El extracto de su cuenta se generará trimestralmente si realiza mínimo cinco (5) transacciones y mantiene un promedio superior a $300,000. Para consultarlo en internet ingrese a www.bancodebogota.com.
- Es un producto que cuenta con el seguro de depósito Fogafín. Para más información ingresa a: http://www.fogafin.gov.co/

El convenio bajo el cual se efectúa la apertura de la Cuenta de Nómina, obedece a una negociación hecha entre su Empresa y el Banco de Bogotá, por lo tanto, cualquier cambio en las condiciones pactadas, requiere de un acuerdo previo entre ambas partes. Los beneficios y costos asociados a esta cuenta tendrán vigencia mientras labore en la empresa que autoriza al Banco la apertura, y siempre y cuando su salario sea abonado por la misma. En el momento que deje de prestar sus servicios a esta empresa, le invitamos a que se acerque a la oficina donde abrió la Cuenta de Nómina para que cambie este producto por una Cuenta de Ahorros que se ajuste a sus nuevas necesidades y que le permita seguir obteniendo beneficios en tarifas y comisiones.

Disfrute desde ya todos los beneficios que le ofrece su Cuenta de Nómina.

Atentamente,

Luz Estella Quintero Rincón
Gerente de Negocios Interbancas - Dirección de Gestión Comercial
Banco de Bogotá

*Ley 863 de 2003, devolución de los 2 puntos del IVA en la adquisición de bienes y servicios que estén gravados con la tarifa general (16%) o con la tarifa del 10% de éste impuesto.

Grupo AVAL | Banco de Bogotá

Agilidad
Usa la Tarjeta Débito Chip en los Canales Electrónicos que tenemos a tu disposición: Cajeros, Servilínea, Internet, Agilizadores Electrónicos y Pin Pad.

Comodidad
Para que realices tus retiros tenemos más de 3.500 Cajeros Automáticos de la Red ATH a nivel nacional, consúltalos en nuestra página de internet.

Economía
Realiza tus compras en más de 75.000 establecimientos sin ningún costo adicional, además te devolvemos 2 puntos del IVA.*

Facilidad
Descarga Bancamóvil para tu Smarthphone o Tablet ingresando a la tienda de aplicaciones de tu equipo. Regístrate y comienza a disfrutar las ventajas de hacer tus transacciones más fácil y de forma segura en el lugar que estés!

Serás direccionado a la tienda Google Play, BlackBerry App World o al Apple Store.

La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

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

Certifica:

Que: *Bleidis Aned Giraldo*

Asistió al curso Básico de

PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Cicua Ramírez
Directora Académica

Instructor Socorrista

Dado En Bogotá, D.C. a los 08 Días Del mes De Octubre De 2011

La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Bleidis Giraldo*

Asistió al curso Básico de

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González	Dra. Lila Janeth Cicua Ramírez	JOHN JAIRO OLAYA T.
Presidente	Directora Académica	Docente

Dado En Bogotá, D.C. a los 09 Días Del mes De Octubre De 2010

La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS
DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Bleidis Giraldo*

Asistió al curso Básico de

TERAPIA RESPIRATORIA

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Circua Ramírez
Directora Académica

Terapeuta Respiratoria

Dado En Bogotá, D.C. a los 13 Días Del mes De Noviembre De 2010

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Bleidis Aned Giraldo

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 52464033 bta CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Bogota.	Bogotá

Dirección	Teléfonos
Cra 20d #63-65 sur	3103143534

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Tatiana Emireth Rodriguez Giraldo		hija
Cristian Camilo Rodriguez Giraldo		hijo.

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	15'600.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 15'600.00 -

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Bleidis Giraldo
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

28 - agosto 2018
CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAP

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL
"RODRIGO LARA BONILLA"

JORNADA NOCTURNA

AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA, D.C.,
SEGUN RESOLUCION No. 2852 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2002

CONFIERE A:

Bleidis Aned Giraldo

C. C. No. 52.464.033 de Santafé de Bogotá, D. C.

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIA

REGISTRO INTERNO

ACTA No. 15 FOLIO No. 106

NO REQUIERE SER REGISTRADO EN LA SECRETARIA DE EDUCACION
SEGUN DECRETO NO. 921 DEL 6 DE MAYO DE 1.994.

DADO EN BOGOTA, D.C., A 31 DE Julio DE 2004

CARMAY-228-45/16

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

BLEIDIS ANED GIRALDO

C.C. 52.464.033 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 14 Días del Mes de Julio de 2012
Anotado en el Folio 12137 Del libro 05 del Registro de FUSDESA.

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen : COMUN Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

0000083252

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA PARTICULAR FECHA 31/08/2018 11:34:38

PREOCUPACIONAL O INGRESO ✓ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO BLEIDIS ANED GIRALDO C.C 52464033

EDAD 39 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA

EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	✓	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ✓
Visiometria	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Audiometria	☐	Cuales	
Espirometria	☐	Radiografias	

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

APTO PARA EL CARGO ✓ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROLES EPS MEDICINA GENERAL NUTRICION-
CAPACITACION PARA EL USO ADECUADO DE EPP
SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA- VISIOMETRIA OCUPACIONAL-

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Bleidis Giraldo

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. JHON A. PEREZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52464033	Seguros Bolivar.
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Bleidis	Amed		Giraldo

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
30 septiembre 1978	Puerto Boyaca	Cra 20d #63-65 sur	3103143534.

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
medimas	Proteccion	$ 1'410.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar de Enfermeria.	

Correo Electrónico	Celular
e_mire_th@hotmail.com	3103143534

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
Bleidis Giraldo	C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Giraldo		Bleidis Amed

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52464039 Bogta

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 10 MES 09 AÑO 1978

PAÍS Colombia

DEPTO Boyaca

MUNICIPIO Puerto Boyaca

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 20d #63-65 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogota

MUNICIPIO Bogota.

TELÉFONO 3103143534 EMAIL e_mire_th@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller

FECHA DE GRADO 31 MES 07 AÑO 2004

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Técnico	3semestres	X		Tecnico Auxiliar de Enfermeria	07	2012	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
Remeo Medical Services		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota	Bogota	luis.montoya@linde.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5556939	14-12-2015	05-12-2017

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Termino Indefinido	Clinica - Home	Diagonal 40A #39A-32

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
Laboratorio Clinico Especializado		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Puerto Boyaca	laboratorio crm@yahoo.es

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7384299	06-01-2015	30-06-2015

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux. Laboratorio		Cra 2 #10-54

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
Drogueria Robimar		X	Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca.	Puerto Boyaca	rubimarltda@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7380851	01-04-2014	31-07-2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Digitadora		Cra 2 #11-60

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
Serviintegrales outsourcing SAS.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Puerto Boyaca.	serviintegrales0412@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7449834	01-01-2014	28-02-2014.

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria		Calle 26a #11-17

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
Corfenix	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Puerto Boyaca	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3515496	DIA 01 MES 03 AÑO 2013	DIA 31 MES 12 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
		Calle 42 #63c-19.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1año	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2años	8mes.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3años	8mes.

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 28 agosto 2018

Bleidis Giraldo

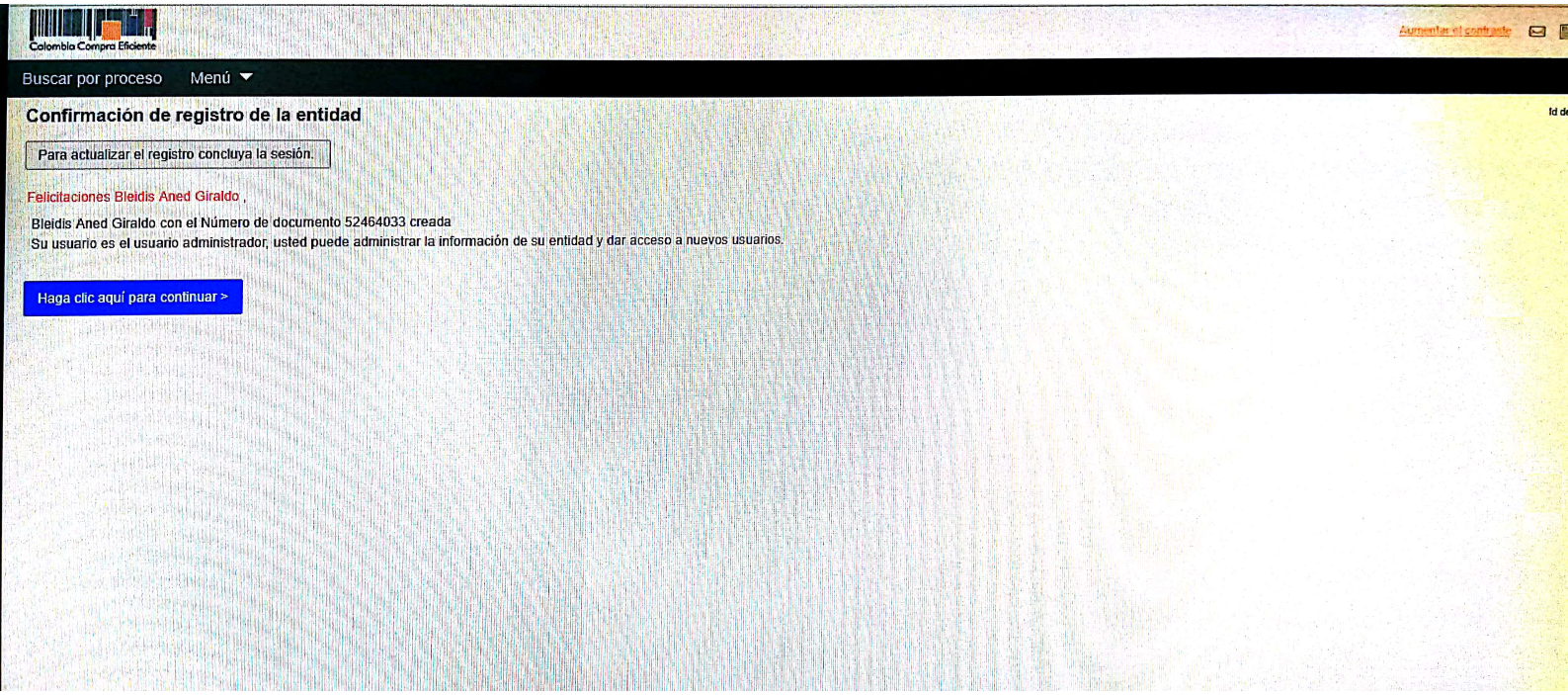
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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



Scanned by CamScanner

Colombia Compra Eficiente

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
93151505	Asistente Administrativo	14/12/2015	05/12/2017	$ 1.300.000	Bleidis Aned Giraldo	Remeo Medical Services	Jefe de Talento Humano

Colombia Compra Eficiente

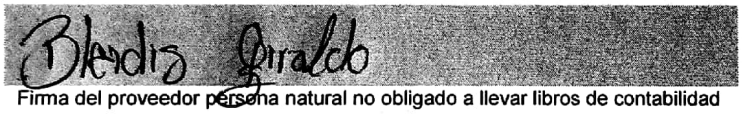
CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

[Nombre del proveedor persona natural], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

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

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

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [día] del mes de [mes] de [año]



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

Nombre: Bleidis Aned Giraldo

Documento de Identidad: 52464033 de Bta.

Scanned by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GIRALDO BLEIDIS ANED** identificado(a) con **CC** número **52.464.033** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de enero de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de febrero de 2018.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2401822

Bogotá D.C., 23 de Agosto de 2018 - 19:27 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TREINTA Y TRES**

52464033

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.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_JUSWM_2719
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **12615** *de* **26/11/2012**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

LA DIRECTORA 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) GIRALDO BLEIDIS ANED Identificado(a) con CC número 52464033 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 14/07/2012.

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 GIRALDO BLEIDIS ANED identificado(a) con CC número 52464033 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **26/11/2012**

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Reviso : Daniel Ortiz B.
Elaboro : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 03-12-2012
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Bleidis Aned Giraldo
CC. # 52464033. Bta.
Firma Bleidis Giraldo

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 *

52464033

Primer Nombre *

bleidis

Primer Apellido *

giraldo

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52464033	BLEIDIS	ANED	GIRALDO		Ver

Información Detallada [CC: 52464033] BLEIDIS ANED GIRALDO

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012/11/26	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).

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 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14479683270

(415)7707212489984(8020)000001447968327 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5246403 3	3	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	52464033	19970304

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GIRALDO		BLEIDIS	ANED

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal
CR 20 D 63 65 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
e_mire_th@hotmail.com		3103143534	

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
8692	20120702							

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:	20																									

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: 2018 08 28

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Bleidis Giraldo

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

984. Nombre MOSCOSO ACUÑA VICTOR MANUEL
985. Cargo: Analista III

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

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:28/08/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 52464033	BLEIDIS ANED GIRALDO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 20 D 63 65 SUR Teléfonos: 3103143534

Dirección electrónica: e_mire_th@hotmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

Fecha de Inscripción: 28/08/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: NO REGISTRA

Fecha inicio de Actividades: NO REGISTRA Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA 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

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

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

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

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

FECHA:	28-08-2018	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
	Giraldo	Bleidis	Aned.		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52464033.	Bogota	04-marzo-1997.

PASAPORTE	OTRO	CUAL	ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI	NO
☐	☐			☒	☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
10-09-1978	puerto Boyaca.	Colombia	Colombiana.

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	3.	2.	3103143534

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☒	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	TECNOLOGO ☐	CUAL:	Tecnica Aux. Enfermeria.
			OTRO ☐					

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 20d #63-65 sur	Bogota	Bogota	Colombia.	

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			

PASAPORTE	OTRO	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI	NO	NACIONALIDAD:	
☐	☐			☐	☐		

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**	SI ☐ NO ☒	**IVA**	SI ☐	NO ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692	2012-07-02	
			ICA	SI ☒	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	**AGENTE RETENEDOR**		SI ☐ NO ☒		**AGENTE AUTORETENEDOR**	SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO	**ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS**		**NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA**					
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E					
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐					**# NIT**	900959051	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTO ☐ MEDICAMENTO ☐ ☐								
OTRA ☐ CUAL: X								

DIRECION DE LA EMPRESA	**TELEFONO**	**CIUDAD/MUNICIPIO**	**DEPARTAMENTO**	**PAIS**
Dg 34 #5-43	3444444	Bogota	Cundinamarca	Colombia.
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermeria		**FECHA VINCULACION**	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		**EGRESOS MENSUALES**		**ACTIVOS**		**PASIVOS**	
SALARIOS	1'410.000	GASTOS FAMILIARES	900.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	260.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1410000	**TOTAL EGRESOS**	1160.000	**TOTAL ACTIVOS**	$ 0	**TOTAL PASIVOS**	$ 0

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

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

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**
Galindo	Franco.	Leidy	Johanna.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 19B. #62c-09sur	Bogotá	Amiga	3183881488

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	**TIPO DE PRODUCTO**	**NUMERO**	**SUCURSAL**	**TELEFONO**
Banco de Bogota.	Cuenta Ahorros	980035048	Puerto Bogotá	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTAC ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ A ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Auxiliar de Enfermeria

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION 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 articulo 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 requeriria 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:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 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 ESE 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 ESE 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 ESE 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 , estadisticas, 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 ESE 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 ESE 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 ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias 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 ESE 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 estadisticos.

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 Titulo I de la Circular Básica Juridica 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 onsecuencia, 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 Centro Oriente ESE 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 Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** 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.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Blendis Giraldo

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Junta Defensa Civil Puerto Boyaca
Nit. 800.047.586-9
Personería Jurídica No. 385

Según Decreto 2888 de Julio 31 de 2007 Articulo 38.

Hace Constar que:

BLEIDIS ANED GIRALDO

C.C 52.464.033

Asistió a la capacitación de:

SOPORTE VITAL BASICO CON ENFACIS EN RCP

Intensidad horaria: 48 horas
Realizado en Puerto Boyacá

Dado en Puerto Boyacá, el día 12 de Septiembre de 2015.

JOSEFINA VARGAS
Presidente de la Junta Defensa Civil Puerto Boyacá

JOSE JORDANY LOPEZ GONZALEZ
Jefe de Capacitación y Entrenamiento Junta Defensa Civil Puerto Boyaca
Licencia en SST No. 0623 de 2015

"LA INSTITUCION SOCIAL Y HUMANITARIA MAS GRANDE DEL PAIS"
Para cuestiones de verificación comuníquese al teléfono 3142856226-7386153 con el código DCC-JDCPB-050

GRUPO ESPECIALIZADO DE RESCATE Y SALVAMENTO DE COLOMBIA

NIT: 900835611-9 MATRICULA Nº 02559175 DEL 06 DE ABRIL 2015

CERTIFICA QUE:

BLEIDIS ANED GIRALDO

C.C. 52.464.033

ASISTIO Y APROBO EL CURSO CORRESPONDIENTE A:

SOPORTE VITAL BASICO

CON UNA DURACIÒN DE 40 HORAS EN LA MODALIDAD PRESENCIAL DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 1064 DE JULIO DEL 2006, LEY GENERAL DE EDUCACIÒN.

Liz Vanessa Sosa Meza
Coord. Registro y Control

Académico

Alejandro Forero
Coordinador General
C.C. 1.023.934.980

Alejandro Forero Viracacha
Director General

DADO EN BOGOTA A LOS 02 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2017

VALIDO POR DOS AÑOS

PARA VERIFICAR ESTE CERTIFICADO FAVOR COMUNICARSE AL CENTRO DE CAPACITACIÒN GERSCOL

FEX 365 2374 EXT 223

GRUPO ESPECIALIZADO DE RESCATE Y SALVAMENTO DE COLOMBIA

NIT: 900835611-9 MATRICULA Nº 02559175 DEL 06 DE ABRIL 201[illegible]

CERTIFICA QUE:

BLEIDIS ANED GIRALDO

C.C. 52.464.033

ASISTIO A EL CURSO CORRESPONDIENTE A:

SOPORTE VITAL AVANZADO

CON UNA DURACIÒN DE 48 HORAS EN LA MODALIDAD PRESENCIAL DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 1064 DE JULIO DEL 2006, LEY GENERAL DE EDUCACIÒN

Alejandro Forero
Coordinador General
GERSCOL
C.C. 1.033.754.560

Alejandro Forero Viracacha

Director General

Liz Vanes Sosa Noca

Coord. Registro y Control Académico

Jesus Tobar Erazo

GDoctor. Instructor AHA - NAEM

DADO EN BOGOTA A LOS 02 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2017

VALIDO POR DOS AÑOS

PARA VERIFICAR ESTE CERTIFICADO FAVOR COMUNICARSE AL CENTRO DE CAPACITACIÒN GERSCOL

PBX 365 2374 EXT 228

GRUPO ESPECIALIZADO DE RESCATE Y SALVAMENTO DE COLOMBIA

NIT: 900835611-9 MATRICULA Nº 02559175 DEL 06 DE ABRIL 2015

CERTIFICA QUE:

BLEIDIS ANED GIRALDO

C.C. 52.464.033

ASISTIO A EL CURSO CORRESPONDIENTE A:

MANEJO DEL DEA

CON UNA DURACIÒN DE 8 HORAS EN LA MODALIDAD PRESENCIAL DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 1064 DE JULIO DEL 2006, LEY GENERAL DE EDUCACIÒN.

Alejandro Forero
Coordinador General
GERSCOL
C.C. 1.033.754.580

Liz Deicy Sosa Naca
Coord. Registro y Control Académico

Alejandro Forero Viracacha
Director General

DADO EN BOGOTA A LOS 02 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2017

VALIDO POR DOS AÑOS

PARA VERIFICAR ESTE CERTIFICADO FAVOR COMUNICARSE AL CENTRO DE CAPACITACIÒN GERS

PBX 365 2374 EXT 228

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

BLEIDIS ANED
GIRALDO

C.C. 52464033

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 03/12/2012

Identificación Plastica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
UNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. DOSIS	0431040	17 MAY 2012	TANIA SALUD NIT:900174965-3
	2a. DOSIS		29 JUL. 2012	PROVENIR
	3a. DOSIS	Im	26 AGO. 2012	
	4a. DOSIS			
HEPATITIS A	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			

TaniaSalud **CERTIFICADO DE VACUNACIÓN**

Consulte sus Vacunas en:

http://app.saludcapital.gov.co/paiv/inicio/login.aspx

NIT:900174965-3

CENTRO DE VACUNACIÓN - CODIGO DE PRESTADOR 110011779801

NOMBRE: Bleidis Aned Giraldo

DOCUMENTO: 52464033 Bogota

TELÉFONO: 3202749732

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
T.TETANICO DIFTERICO	1a. DOSIS		24/07/06	
	2a. DOSIS		24/08/06	
	3a. DOSIS		05/6/12	
	4a. DOSIS	0248150	1-08-2013	Albany Mujica Sura Area Salud
	REFUERZO	0241015C	25-08-14	Albany M
TRIPLE VIRAL	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			

TaniaSalud **PBX: 211 9289**

Cel:310 237 1397

CENTRO DE VACUNACIÓN

Carrera 15 No. 51-14 Piso:2

E-mail: taniasalud@etb.net.co Bogotá D.C.

www.vacunaciontaniasalud.com

administracion@vacunaciontaniasalud.com

NOMBRE

BIOTOSCANA S.A.

sanofi pasteur

La division de vacunas del Grupo sanofi - aventis

Tecnoquimicas

Estar vacunado es estar protegido

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
INFLUENZA	1a. DOSIS			
VARICELA	1a. DOSIS			
NEUMOCOCO	1a. DOSIS			
Bivalente			21 oct/2006	

HEPATITIS "B" IS A DISEASE 100 TIMES MORE INFECTIOUS THAN AIDS.!

LA HEPATITIS " B " ES UNA ENFERMEDAD

100 VECES MAS CONTAGIOSA QUE EL SIDA.!

FORMAS DE TRANSMISIÓN

- ORINA
- SUDOR
- SALIVA
- LAGRIMAS
- HERIDAS ABIERTAS
- RELACIONES SEXUALES
- TRANSFUSIONES DE SANGRE
- COMPARTIR AGUJAS o INSTRUMENTAL CONTAMINADO

PROXIMA CITA 26 DIC/2013

NOTA ! Si no puede vacunarse en esta fecha debera hacerlo únicamente el dia

VACCINE FOR CHILDREN AND ADULTS

VACUNA PARA NIÑOS Y ADULTOS

DOSIS

PRIMERA FIRST	SEGUNDA SECOND	TERCERA THIRD	REFUERZO REINFORCEMENT
29 JUL. 2012			14.
			26 AGO. 2012

FUNDACION PROVENIR VACUNACION

IT REMEMBERS THAT ONLY THE THREE DOSES GUARANTEE THE COMPLETE PROTECTION AGAINST "HEPATITIS B"

DOSIS APLICADAS (1) (2) (3) (R)