CERTIFICACIÓN

La suscrita abogada de la Compañía ***JDR ASISTENCIAMOS E.U.****, persona de derechos privados NIT 830.098.300-7, certifica que la señora* ***LEIDY*** ADRIANA ***BENAVIDES*** *identificada con Cédula de Ciudadanía No.* **52.886.156** *labora en nuestra Compañía desde el* 03/11/2009 *con un contrato* ***POR OBRA O LABOR*** *en el cargo de* **AUXILIAR TERAPIA RESPIRATORIA** *Su asignación básica mensual es de $800.000 más todas las prestaciones sociales de ley.*

La presente se expide a solicitud del interesado(a) a los veintiocho (28) días del mes de diciembre de 2017.

Vanessa Robayo Verdugo
Abogada

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52886156

BENAVIDES BERNAL

APELLIDOS

LEIDY ADRIANA

NOMBRES

LEIDY BENAVIDES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-ABR-1982

SANTAFE DE BOGOTA DC

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O- G.S. RH

F SEXO

29-MAY-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500117-42083105-F-0052886156-20000908 11396 00245A 02 093342874

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14445384391

(415)7707212489984(8020) 000001444538439 1

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 8 8 6 1 5 6	2 0 0 0 0 5 2 9

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BENAVIDES	BERNAL	LEIDY	ADRIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 6 A 45 69 SUR BRR LA GLORIA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
leidy2313@hotmail.com		3 1 3 8 3 0 7 2 8 2	2 0 7 5 0 4 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 7 1 2 2 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	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 [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 7 1 2 2 0

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:

LEIDY BENAVIDES

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: URIBE VARGAS JANNETH

985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 26-12-2017
Hora: 4:37:35 PM

CONTRIBUYENTE NIT 52886156-1 LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL

Información General

Dirección KR 6A 45 69 SUR

Teléfonos 3138307282 / 2075040

Dirección electrónica leidy2313@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/12/2017

Soporte Inscripción 23396011

Fecha Inicio Actividades 20/12/2017

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002538707

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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


CERTIFICADO DE INSCRIPCION
14-07-2005
BENAVIDES BERNAL
LEIDY ADRIANA
CC 52886156
AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO
SALUD
LEIDY BENAVIDES B



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

LEIDY ADRIANA
BENAVIDES BERNAL
C.C. 52886156

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 01/06/2011

IDentico S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, D.C.

Resolución No 4637 de 15/06/2005

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BENAVIDES BERNAL LEIDY ADRIANA Identificado(a) con CC número 52886156 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO otorgado por EL CENTRO DE CAPACITACION UNISALUD el día 11/08/2000 y registrado en el libro 2 Folio 29 año 2000

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 BENAVIDES BERNAL LEIDY ADRIANA identificado(a) con CC número 52886156 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

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

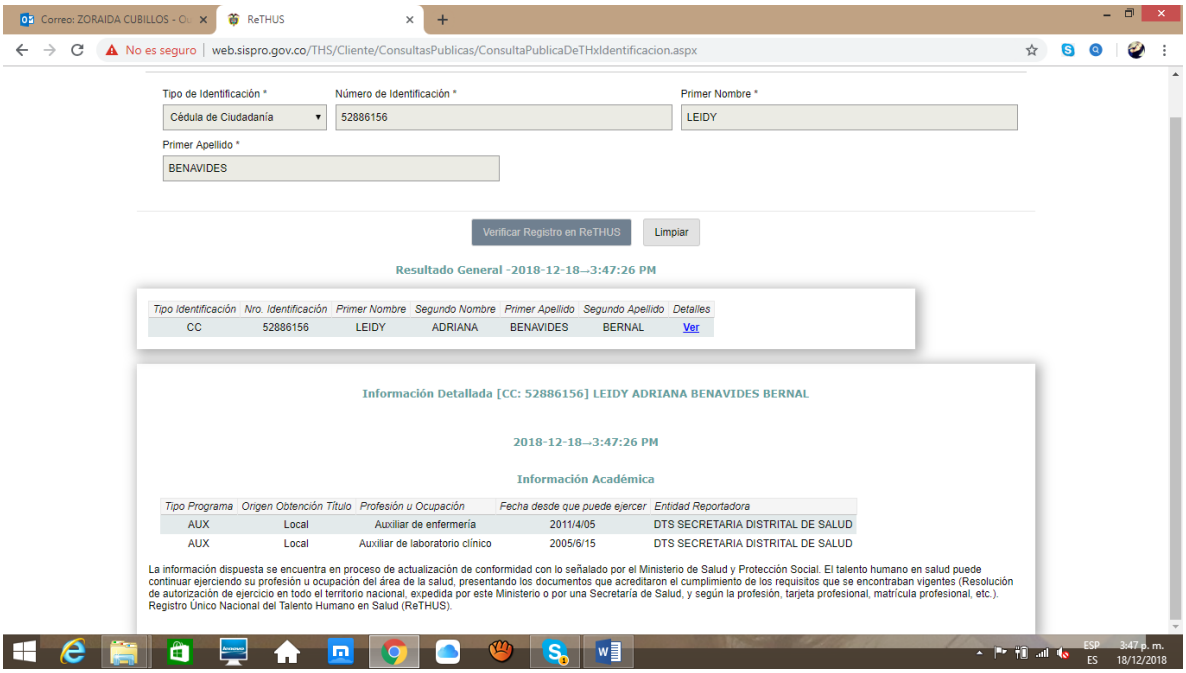
NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 15/06/2005

Original firmado por
JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS

JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS
Director de Desarrollo de Servicios.

Bogotá, D.C 14-07-05
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) LEIDY BENAVIDES B
CC. # 52886156 BTA
Firma LEIDY BENAVIDES B

Elaboro :Víctor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano


Correo: ZORAIDA CUBILLOS - Ou
ReTHUS
No es seguro | web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
52886156
Primer Nombre *
LEIDY
Primer Apellido *
BENAVIDES
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General -2018-12-18--3:47:26 PM
Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Detalles
CC | 52886156 | LEIDY | ADRIANA | BENAVIDES | BERNAL | Ver
Información Detallada [CC: 52886156] LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL
2018-12-18--3:47:26 PM
Información Académica
Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora
AUX | Local | Auxiliar de enfermería | 2011/4/05 | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX | Local | Auxiliar de laboratorio clínico | 2005/6/15 | 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).
ESP
ES
3:47 p. m.
18/12/2018

Tania Salud

CENTRO DE VACUNACIÓN .

Carrera 15 No . 51-14 Piso 2
Tels: 211 9289-2556483 Cel:310 237 1397
E-mail: taniasalud@etb.net.co Bogotá D.C.

NOMBRE

BIOTOSCANA S.A.
Soluciones Innovadoras de Significativo Avance Terapéutico

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			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. DOSIS	206106	19 NOV-2009	TANIA SALUD NIT:900174965-3
	2a. DOSIS	206106	22 DIC 2009	Omaira Bravo C.C.52.770.066
	3a. DOSIS	206106	20 ENE 2010	TANIA SALUD NIT:900174965-3
	4a. DOSIS	0431031	20 DIC. 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.965-3
HEPATITIS A	1a. DOSIS	1404026	5 ENE 2017	
	2a. DOSIS			

Tania Salud

CENTRO DE VACUNACIÓN .

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACIÓN
NIT.900174965-3
CODIGO DE PRESTADOR 110011779801

NOMBRE: Benavides B Adriana

DOCUMENTO: 52886156

TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TETANICO DIFTERICO	1a. DOSIS		19-01-16	H.S.C
	2a. DOSIS		20-02-16	H.S.C
	3a. DOSIS	D22773/18	1-11-16	H. Victoria Nini Cuello
	4a. DOSIS	D2299 9/18	3 NOV/17	Adolfo Barbosa
			Nov. 3. 2018	
TRIPLE VIRAL	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			

CERTIFICADO OCUPACIONAL

Fecha de impresión 2017-12-28 07:11:47

www.controlarsalud.com

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S.	Nit	830103479-8
Dirección:	Carrera 45ª No. 94-91 barrio Castellana		
Teléfonos:	PBX. 7420428	e-mail	controlarsalud@yahoo.com.mx

Fecha del Examen 28/12/2017
Tipo del Examen INGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL				
Identificación	CC 52886156				
Edad 35	Sexo F	Talla: 1.60	Peso: 55	RH. O NEGATIVO	
Empresa	PARTICULAR				
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA				

EXAMENES REALIZADOS

189407	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	189411	HISTORIA CLINICA OSTEOMUSCULAR
189408	HISTORIA CLINICA AUDITIVO	189412	HISTORIA CLINICA ESPIROMETRIA
189409	HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA		
189410	LABORATORIO: CH - GLIC - PERFIL LIPIDICO		

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
RECOMENDACIONES	- HIGIENE POSTURAL - USO ADECUADO DE TODOS LOS EPP QUE REQUIERA EL CARGO - PAUSAS ACTIVAS
OBSERVACIONES	ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD LEVANTAMIENTO ADECUADO DE CARGAS SACAR CONTROL POR SALUD OCUPACIONAL ANUAL

Leidy A. Benavides

LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL
CC 52886156
Firma del trabajador Evaluado

Angela Barbosa S.
R.M. 251489
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
L.S.C. 1356/09

ANGELA BARBOSA SANCHEZ
CC 51895392 RM 51895392
Firma y sello del médico

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Compromiso de actualización y entrega de documentos	**Código**	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: Fecha:

Bogotá, D.C. 08 (día) de ENERO (mes) de 2019 (año)

Yo LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL
identificado/a con CC No. 52886 SG BTA, me comprometo a actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los) documento(s): CURSO DE VIOLENCIA SEXUAL CODIGO BLANCO

para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha maxima MARZO DE 2019

Estoy informado/a que el pago del mes inmediatamente posterior a la fecha límite, está sujeto al cumplimiento del presente compromiso.

Cordialmente,

Firma: LEIDY BENAVIDES
Correo de contacto: LEIDY2313@HOTMAIL.COM
Dirección de contacto: CRA 6A Nº 1S 69 SUR ESTE
Teléfono: 313 8307282

starfirecolombia@gmail.com

STAR FIRE COLOMBIA S.A.S.

ASESORIAS, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTOS EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS...
Educación Informal de Acuerdo a Decreto 4904 de 2009 Ministerio De Educación Nacional

Nit: 900739813-9

CERTIFICA QUE:

LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL

C.C. 52`886.156

Aprobó y Cumplió Satisfactoriamente con los Objetivos del Curso:

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION, CUMPLIENDO LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE MAYO DE 2014.
Con una Intensidad de 20 horas Realizados en la Ciudad de Bogotá D.C. dado a los 19 días del Mes de Febrero de 2017

Star Fire Colombia S.A.S. NIT: 900739813-9
Representante Legal

Star Fire Colombia S.A.S. NIT: 900.739.813-9 Coordinación Académica
Coordinador(a) Académico

Star Fire Colombia S.A.S.
Instructor(a)

017BLS0219-093

Tel: 305 349 78 01

Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CODIGO: ET-CA-FT-003
VERSION: 02
FECHA: 2017-06-22

EXTRATEGICO – GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE – PERSONA NATURAL

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

FECHA: 15-12-18 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 3.2.2.2.2. de la Circular Externa No. 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Salud Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad vigilada al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:	OTRO
		X				

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Benavidez	Bello	Leidy	Adriana

TIPO DE IDENTIFICACION	No. IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC X CE RC TI NUIP	52886156	BOGOTA	29 MAYO 2000
PASAPORTE OTRO CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
27 04 82	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE X	1	1	3149307282

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA			PROFESION OFICIO
MAGISTER POSGRADO UNIVERSITARIO BACHILLER PRIMARIA TECNICO X TECNOLOGO OTRO	CUAL		AUX CONTABILIDAD

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 64 # 43-69 Sur	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3138397782

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
leidy2330@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cubides	Gomez	Jose	Alberto

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC X CE RC NUIP	80239231	BOGOTA	16-Julio 1999
PASAPORTE OTRO CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI NO	NACIONALIDAD

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		GCA		CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI		SI		SI		8692	
	NO	X	NO	X	NO	X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:	

GRAN CONTRIBUYENTE			AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI		SI		SI		SI
NO	X	NO	X	NO	X	NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CODIGO: [illegible]
VERSION: 02
FECHA: [illegible]

ESTRATÉGICO – GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE – PERSONA NATURAL

SI ☐ NO ☒	SI ☐	NO ☒	Subred centro oriente		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA SOMOS LABORA	CONSTRUCCION ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	NIT 900990077
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	MINERA ☐	CONTRATO ☐	POLICIAS ☐
OTRA ☐ CUAL					

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 # 5-41	3744484	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL			FECHA VINCULACION (AAAA/MM/DD)	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (EN PESOS)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIO	1400 000	GASTOS FAMILIARES	500000	AHORROS		OBLIGACIONES HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDO	300 000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		INMUEBLES		OTRAS OBLIGACIONES	
PENSIONES		CUOTA VIVIENDA		VEHICULOS		OBLIGACIONES FINANCIERAS	500 000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1400000	TOTAL EGRESOS	800000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	500 000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
						Credit Bancon O	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente y Contraparte) debe ser localizable en Relación Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TORO	ORTIZ	PAU	Isabel
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y O EXTENSION/CELULAR
	BOGOTA	Amigos	3132428415

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Barcelona	Ahorros	458594E991	20 Jdo	4090303

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 EXTRANJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ 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 NORTE 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 NORTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

ESTRATEGICO – GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO

FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CODIGO: [illegible]
VERSION: 02
FECHA: [illegible]

1. Que estos fondos no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique.
2. No admitiré que terceros consignen recursos en mis cuentas provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique), ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a no favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE no provienen a actividades ilícitas.
4. Informare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
5. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar visto a la Dirección del Gran Contribuyente en que me encuentro en el eventual caso de que por aplicación de normas aplicables con INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas aplicables con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, de pertenencia a la radicación del mismo.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar visto a la Dirección del Gran Contribuyente en que me encuentro en el eventual caso de que por aplicación de normas aplicables con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, de pertenencia a la radicación del mismo.
7. Me comprometo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que hasta requerida por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nomina 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/Contratista por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando ingresos y tipo de servicio o constancia de consignaciones 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 últimos 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, ampliado 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 conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, honorarios, 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 y instrucciones impartidas por la Superintendencia 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 tratan la proteccion de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposicion, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevencion, deteccion, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requerira de una autorizacion de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales solicitados para el estudio tecnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual proveo a otorgar la siguiente

AUTORIZACION

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

CÓDIGO: ET-C-A-FT- 011
VERSIÓN: 01
VIGENCIA: 2017-08-02

Para efectos de la presente autorización, mediante por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, con Nit 900.971.896-4, ubicada en la Calle 68 No 11 – 41, teléfono 3 48 80 80, y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, contratada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitados, autorizamos datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, usuario, deudor, contratante contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de contratos. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los riesgos y servicios. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos y estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Soporte 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 consultados, transmitidos, entregados, trasferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Las autoridades necesarias 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contratantes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebrares gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o conseguros. e) A la UIAF, Procuraduría, y/o cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones se 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 hagan 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud 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 Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Calle 68 No 11 – 41 Bogotá DC, teléfono 348 80 80 , e-mail: serfe@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y menores, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos 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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

1600 BERMUDES B

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5.Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**			
7. Firma y Cédula							

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL identificado(a) con cedula ciudadania 52.886.156 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20180103	No Registrada	661

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
YARIT SEBASTIAN CASTAÑO BENAVIDES	HI	1028662884	TI	20170918	0	Activo	594

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUR RED CENTRO ORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10574997

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52886156,** se encuentra afiliado (a) desde **01/04/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/04/2014	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52 886 156
Número de Documento

SURA
ARL

LEIDY	ADRIANA	BENAVIDES	BERNAL
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Ape

27 ABRIL 1982	BOGOTA	CRA GAN Nº 45 69 Sur	
F. Nacimiento dd-mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono F

COMPENSAR	COLPENSIONES	$ 8.140
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorario

AUXILIAR DE ENFERMERIA
Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Correo Electrónico

3138307282
Celular

LEIDY BENAVIDES
Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del C

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118955036

WEB
18:13:53

Bogotá DC, 07 de diciembre 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) LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52886156:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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 viernes 07 de diciembre de 2018, a las 17:56:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52886156
Código de Verificación	528861561812071756O6

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2616479

Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 8:32 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS**

52886156

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: 12_199CE_328
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:27:21 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52886156**

Apellidos y Nombres: **BENAVIDES BERNAL LEIDY ADRIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia

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

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

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

Volver al Inicio

Referencia Bancaria

Martes, 04 de diciembre de 2018

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que identificado(a) con CC 52886156, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	04585989091	2012/07/25	ACTIVA

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

Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 90 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 95 66 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Carolina Giraldo G.

Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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 TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	**ESTERILIZACION**	**FECHA**		**N° FOLIOS**	
NOMBRE DEL CANDIDATO	**LEIDY ADRIANA BERMUDEZ BERNAL**		**DOCUMENTO:**	**52886156**	
TELEFONO	**3138307282**		**ACTIVIDAD SOLICITADA:**	**AUXILIAR DE ENFERMERIA ESTERILIZACION**	

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

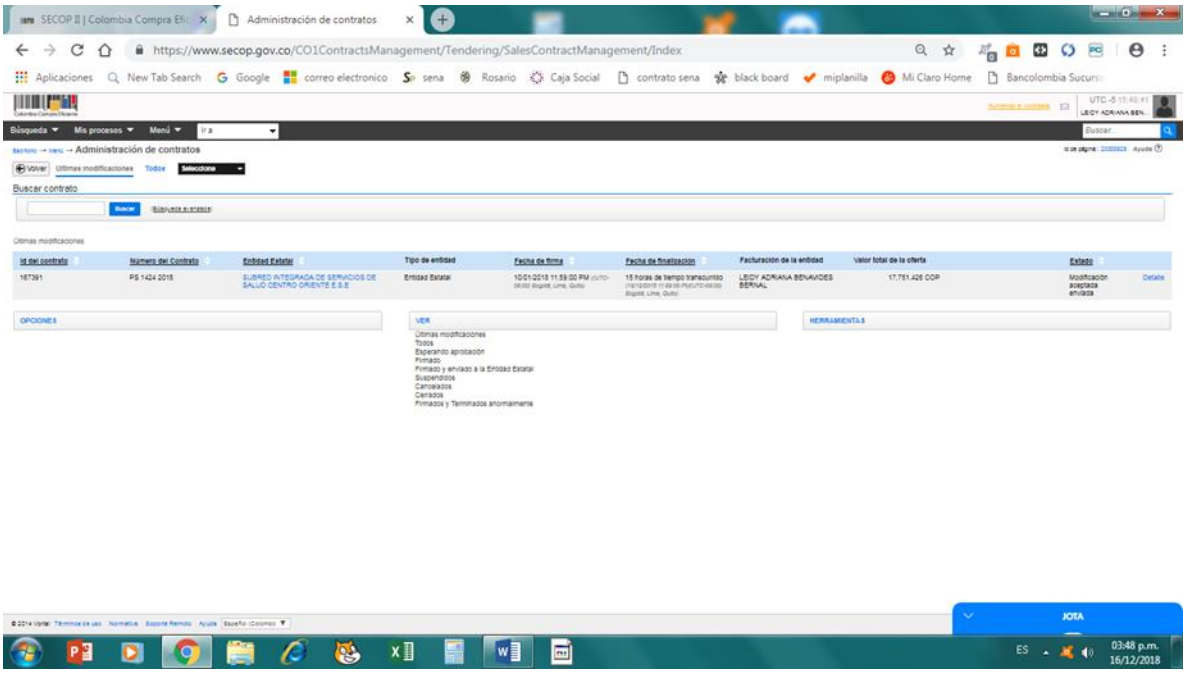
	NECESIDAD DE PERSONAL OPS					
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI		NO		

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	X			
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	X			
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	X			
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	X			
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	X	N/A		
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	X	N/A		
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	X	NO		
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI		N/A	X	
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	X	N/A		
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	X	N/A		
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	X			
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU _____	SI	X			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	X			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI		N/A	X	
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	X	N/A		
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	X	N/A		
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	X	N/A	X	
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI		N/A	X	
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	X	N/A		
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	X			
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI		N/A	X	
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI		N/A	X	
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI		N/A	X	
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulancias)	SI	X	N/A		
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI		N/A	X	
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI		N/A	X	
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI		N/A	X	
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI		N/A	X	
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	X			
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI	X			
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI	X			
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____	SI	X			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	X			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°/B° Responsable Talento Humano		**Fecha:**	
V°/B° Dirección Talento Humano		**Fecha:**	


SECOP II | Colombia Compra Efic
Administración de contratos
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index
Aplicaciones
New Tab Search
Google
correo electronico
sena
Rosario
Caja Social
contrato sena
black board
miplanilla
Mi Claro Home
Bancolombia Sucursa
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Administración de contratos
Volver
Ultimas modificaciones
Todos
Selecciona
Buscar contrato
Buscar
Ultimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalizacion
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
167391
PS 1424 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
10/01/2018 11:59:00 PM
15 horas de tiempo transcurrido
LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL
17.751.426 COP
Modificación aceptada enviada
Detalle
OPCIONES
VER
Ultimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
JOTA
ES
03:48 p.m.
16/12/2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BENAVIDEZ	BERNAL	LEIDY ADRIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52886156

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 27 MES ABR AÑO 2018

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: carrera 6a#45-49 sur

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 1111111

EMAIL: leidy2313@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											TITULO: auxiliar de enfermeria
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11° X	MES DICIEMBRE AÑO 2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogota. 15-12-2018

LEIDY BENAVIDES B.

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

codensa	crédito compras	$ 1.500.000,00
exito	crédito compras	$ 5.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
Jose Aldemar Castaño Gomez	C.C ⊗ C.E ○ T.I. ○	8023927

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
Auxiliar de enfemeria	auxiliar en central de esterilizacion

3. FIRMA

LEIDY BENAVIDES
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 20-dic-2018
CIUDAD Y FECHA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 20-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LEIDY ADRIANA BENAVIDEZ BERNAL

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52886156 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección carrera 6a#45-49 sur **Teléfonos** 3138307282 6751324

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Adriana Bernal Rojas	51629625	MADRE
Victor Manuel Benavides Rodriguez	19465887	PADRE
Yarit Sebastian Castaño Benavides	1028662884	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 16.800.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 16.800.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	AHORROS	04585989091	bogotá	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Bancolombia	credito	$ 10.000.000,00

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN NO FORMAL

Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999, Emanado Ministerio de Salud
Autorización Oficial Según Resolución No. 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada
Secretaria de Educación De Bogota.

CONFIERE A:

LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL

C.C.52.886.156 DE BOGOTA D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMIREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 17 Días del Mes de Diciembre de 2009
Anotado en el Folio 9245 del libro 05 del Registro de FUSDESA

FUNDACION DE SOCORRISTAS

NANCY GALINDO GOMEZ
SECRETARIA ACADEMICA



República de Colombia

Centro de Capacitación en Salud

Educación no formal

Unisalud

Con autorización oficial según resolución No. 05194 de fecha 27 de Octubre de 1995 Emanada de la secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C. y acuerdo No. 5 de Abril 7 de 1994 del Ministerio de Salud.

Otorga el Certificado de Técnico Laboral

Leidy Adriana Benavides Bernal

C.C.

Quien cursó y aprobó el programa de **Auxiliar de Laboratorio Clínico**

Con una duración de 1.000 horas

Dado en Santafé de Bogotá D.C. a los 11 de Agosto del 2000

Director

Secretaria

Registrado en el folio No. 29 del Libro de Certificados 2

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Sur Oriental Panamericano

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.
según Resolución No. 7528 del 20 de Noviembre de 1998

Confiere a :

Leidy Adriana Benavidez Bernal

TI. 820427-03199 de Santafé de Bogotá, D.C.

el Título de:

Bachiller Académico

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

Rector _____ Secretario _____

Anotado al Folio 1 del Libro para Control Interno de Diplomas No. _____

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 4 de Diciembre de 1999

No requiere Registro de la Secretaría de Educación,
según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995;
de la Presidencia de la República.

Virusl Láser Ltda.

Centro de Capacitación UNISALUD

Aprobado por el Ministerio de Salud Acuerdo 37, del 6 de Abril de 1992
Licencia 3623, Resolución Nº. 06194 del 27 de Ocutbre de 1985
de la Secretaría de Educación del Distrito

ACTA No.25

En la Calle 57 No. 17 – 13 de esta ciudad, en acto presidido por el Médico Director del Centro de Capacitación **UNISALUD,** Doctor **EFRAIN GARTNER NICHOLLS,** y en presencia del cuerpo de profesores previo juramento de rigor, se le hizo entrega a:

LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL

Con cédula número 52.888.158 Stafe Btá , del certificado que la acredita como:

AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO

Por haber cumplido con todos los requisitos académicos y las horas reglamentarias de prácticas conforme a disposiciones legales.

En testimonio de lo anterior se firma la presente en Santafé de Bogotá, a los once (11) días del mes de agosto del dos mil (2.000)

EFRAIN GARTNER NICHOLLS
Director

ELSA ZARATE SANTAMARIA
Secretaria Docente

La Republica de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

ACTA GENERAL No.022 **ACTA INDIVIDUAL No.** 9245

En Bogotá, D.C. el día 15 de Diciembre de Dos mil Nueve (2009), se reunieron en el aula múltiple de la Escuela De Salud Fusdesa, El Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el Cuerpo de Docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega A

LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL

C.C. 52.886.156 DE SANTAFE DE BOGOTA

El Certificado de

TECNICO LABORAL

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACION 1800 HORAS

Para Constancia se Firma La Presente En Bogotá, A los (17) días del mes de Diciembre del año dos mil Nueve (2009)

FUNDACION DE SOCORRISTAS, DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

SOCORRISTAS
FUNDACION DE
DESARROLLO Y ACCION
"FUSDESA"

Directora Académica
Lila Yaneth Cicua Ramírez

Secretaria Academica
Nancy Galindo Gómez

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO SUR ORIENTAL PANAMERICANO

CALLE 39 A SUR No. 3C-45 ESTE
TELEFONOS 2060281-2063018
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

Inscripción S.E. 1928 *Inscripción Dane 31100120197*

la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los cuatro (4) días del mes de Diciembre de 1999, se reunieron con el de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría ***COLEGIO SUR ORIENTAL PANAMERICANO.*** *Institución aprobada hasta nueva determinación en el nivel Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para rgar el Título de BACHILLER ACADEMICO; según Resolución No. 7528 del 20 de Noviembre de 1998. mprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios respondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de:*

Bachiller Académico

raduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Leidy Adriana Benavidez Bernal
T.I. 820427-03199 de Santafé de Bogotá, D.C.

fiel copia tomada del Acta Original General No. 21 *del* **4 de Diciembre** *de* 1999, *consta* 05 *alumnos; comienza con el nombre de* ALVARADO RAMIREZ HERCILIA ANDREA *y cierra con el nbre de.* SANCHEZ MORENO CARLOS ANDRES. *Firmada por* ***ALVARO DIAZ CARDENAS*** *ctor) y* ***MERCEDES MALAGON LACHE*** *(Secretaria).*

la en Santafé de Bogotá, D.C., a **a los cuatro (4) días del mes de Diciembre** *de* 1999.

requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de embre de 1995; de la Presidencia de la República.

ALVARO DIAZ CARDENAS
Rector
C.C. 6.074.314 de Cali

VISUAL LASER

MERCEDES MALAGON LACHE
Secretaria
C.C.20.063.145 de Bogotá

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal 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: *Leydy Adriana Benavides B*

Asistió al curso Básico de
PRIMEROS AUXILIOS
Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Instructor Socorrista

Dado En Bogotá, D. C. a los 15 Días Del mes De marzo De 2008

Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

ACPCE

Certifican que:

Leidy Benavides Bernal

CC 52'886.156

Asistió al Curso

"Capacitación en Centrales de Esterilización para Operarios"

Realizado por la Facultad de Enfermería en asocio con la Asociación Colombiana de Profesionales en Centrales de Esterilización del 22 al 24 de agosto de 2012, con una intensidad de 24 horas.

LUZ STELLA MEDINA MATALLANA
Decana Académica
Facultad de Enfermería

MARGOTH WALKER
Presidenta
ACPCE

DANIELGONZALO ESLAVA
Director Educación Continua
Facultad de Enfermería

Certificación

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

CERTIFICA A:

LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL

C.C. 52886156

Como asistente a la

PRIMERA JORNADA ACADÉMICA DE ESTERILIZACIÓN

Con una intensidad horaria de 8 horas

El presente se expide a los **Siete (7) días del mes de junio de 2018**

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

María Juliana Araujo Oñate
Jefe de Oficina – Gestión del Conocimiento
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Lorna Ángela Súarez Valderrama
Referente de Esterilización
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

LM Instruments S.A.

LM Instruments S.A.
Hace constar que:

LEIDY BENAVIDES BERNAL

CC. 52.886.156

Asistió al Asistio al curso sobre bioseguridad en central de esterilización - Hospital La Victoria
Bogotá - 16 de Abril de 2018
Duración de 2 horas

Catalina Castillo
Gerente de Mercadeo LM Instruments S.A.

Sandra Pavas
Promotora de Ventas

ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS

PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

LEIDY BENAVIDES

Participó en El Curso: **Servicios Centrales de Central de Esterilización -IAHCSMM**

Intensidad Horaria: 12 Horas- 3 Módulos
Fecha: Noviembre 1 de 2018
Lugar: Bogotá, Colombia. Unidad Médica Hospitalaria Especializada de Salud Sub red Centro Oriente.

Andrea Pardo Arias
Clinical Education Lead
Northern Region

Johnson & Johnson
MEDICAL INNOVATION INSTITUTE

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: *Leydy Adriana Benavides B*

Asistió al curso Básico de

TERAPIA RESPIRATORIA

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Cicua Ramírez
Directora Académica

Juan Carlos
Jim[illegible]z Garcia
Terapeuta Respiratoria

Dado En Bogotá, D. C. a los 21 Días Del mes De Junio De 2008

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código: EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

FUSOCSA

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo LEIDY ADRIANA BENAVIDES BERNAL, 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 relieve 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE, sobre la idoneidad de mi título académico como:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: LEIDY BENAVIDES

No. de documento: 52 886 136

Tarjeta profesional No.: 52 886 136

Dirección de contacto: CRA 6A Nº 43 69 SUR ESTE

Teléfono: 3138307282