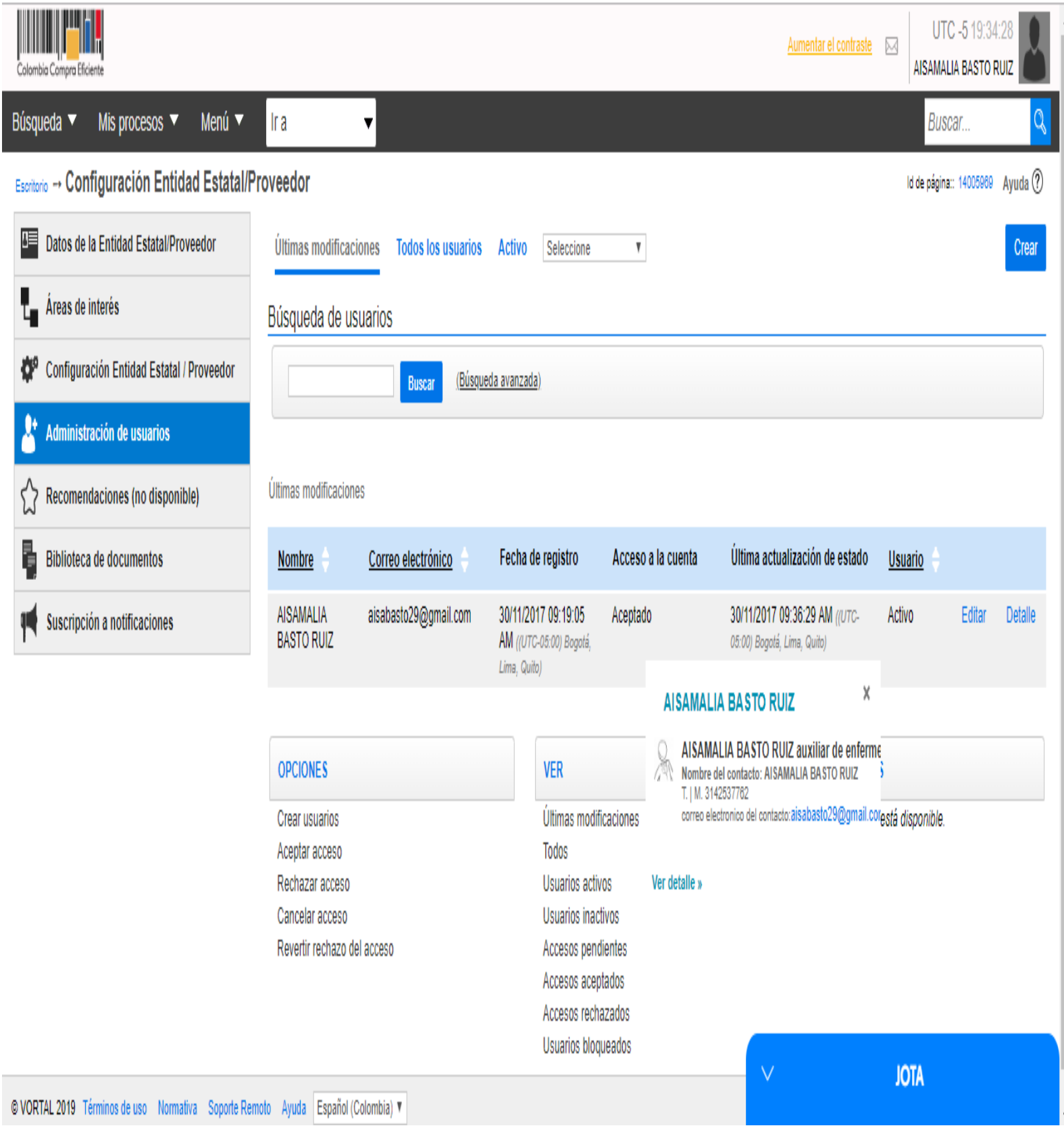

Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 19:34:28
AISAMALIA BASTO RUIZ
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005989
Ayuda
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Últimas modificaciones
Todos los usuarios
Activo
Seleccione
Crear
Búsqueda de usuarios
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Nombre
Correo electrónico
Fecha de registro
Acceso a la cuenta
Última actualización de estado
Usuario
AISAMALIA BASTO RUIZ
aisabasto29@gmail.com
30/11/2017 09:19:05 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
30/11/2017 09:36:29 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Activo
Editar
Detalle
AISAMALIA BASTO RUIZ
AISAMALIA BASTO RUIZ auxiliar de enferme
Nombre del contacto: AISAMALIA BASTO RUIZ
T. | M. 3142537782
correo electronico del contacto:aisabasto29@gmail.com
está disponible.
OPCIONES
Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso
VER
Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados
Ver detalle »
JOTA
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BASTO	RUIZ	AISAMALIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 28797438

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES MAY AÑO 1973

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD San Juan De Rioseco

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 78A SUR 45 57

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2994512

EMAIL aisabasto29@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES AGOSTO AÑO 1994
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA	2	2008	28797438

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED CENTRO ORIENTE ESE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: talentohumano.picsubred@gmail.com	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 22 MES 8 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 23 MES 1 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: Diagonal 34 Nº 5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED SUR OCCIDENTE ESE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: seleccongestiondelriesgo@gmail.com	
TELÉFONOS: 7560505	*FECHA DE INGRESO*: DIA 8 MES 8 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 3 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: CL 9 39 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED SUR ESE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: subredsurseleccion@gmail.com	
TELÉFONOS: 7428585	*FECHA DE INGRESO*: DIA 15 MES 4 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: KR 20 47B 35 SUR	

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CECUDEC		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	colegioices@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7172495	DIA 30 MES 4 AÑO 2008	DIA 30 MES 12 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
auxiliar de enfermeria	educacion	CL 81 SUR 42 09

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	4	4
PRIVADO	4	8
PARTICULAR	0	9
TOTAL	9	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ 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 D.C. a 23-01-2019

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

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

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

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

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, AISAMALIA BASTO RUIZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 28797438 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CL 78A SUR 45 57 **Teléfonos** 3142537762 2994512

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GINA PAOLA BASTO RUIZ	1022395526	HIJO(A)
ANGIE MARCELA AGUIRRE BASTO	1024584384	HIJO(A)
ANGEL EDUARDO AGUIRRE BASTO	1000853668	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	$ 3.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 10.850.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 13.850.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	004870390509	OFICINA TUNAL	$ 1.900.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
LOTE	CASA LOTE	$ 7.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
JAIRO VASCO	ARRIENDO APARTAMENTO	$ 480.000,00

HIJOS	ESTUDIO	$ 400.000,00
HOGAR	ALIMENTACIÓN Y OTROS GASTOS	$ 500.000,00

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
NO	NO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
NO	NO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
NO	NO

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2019
CIUDAD Y FECHA

85818

REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

ICFES

Teniendo en cuenta que:

Aisamalia Basto Ruiz

Identificado con *CC. 28.797.438* y número de Registro SNP *VS 1949018240* presentó y aprobó ante el Servicio Nacional de Pruebas el Exámen de Validación del Bachillerato Académico, realizado el 4 de Junio de 1994, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2225 de 1993.

Le confiere el Título de

Bachiller Académico

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 29 de Agosto de 1994

DIRECTOR ICFES

SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS

ANOTADO AL FOLIO

DEL LIBRO DE REGISTRO DE DIPLOMAS No.

"NO REQUIERE REGISTRO - DECRETO NUMERO 081 DEL 6 DE MAYO DE 1954"

La República de Colombia y
en su Nombre

La Escuela de Administración y Formación en Salud

-ESAF-

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Autorización Oficial Resolución No. 2920 del 16 de Septiembre de 1999
Secretaría de Educación de Bogotá

Confiere A:

Aisamalia Basto Ruíz

Documento de Identidad 28.797.438 de Líbido, Tolima

El Certificado de Aptitud Ocupacional de:

Técnico Laboral

Por haber culminado satisfactoriamente el programa de:

Técnico Auxiliar de Enfermería

Duración 2.060 Horas

Directora Académica

Secretaria Académico

Dado en Bogotá a los 09 días del mes de febrero de 2.008

Acuerdo al Folio 184 del Libro de Registro No. 1

ICFES INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

RESOLUCION No. 2077
DEL 29 DE AGOSTO DE 1994

Por la cual se otorgan unos títulos de Bachiller

EL DIRECTOR del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, y

CONSIDERANDO:

QUE DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2655 DE NOVIEMBRE DE 1983 EXPEDIDO POR EL GOBIERNO NACIONAL, EL SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS DEL ICFES REALIZO EXAMENES PARA LA VALIDACION DEL BACHILLERATO EN CIENCIAS O ACADEMICO EN UN SOLO EXAMEN, DURANTE LOS DIAS

4 Y 5 DE JUNIO DE 1994

Que de acuerdo con las citadas normas corresponde al ICFES expedir el título respectivo a quienes aprobaron los exámenes de validación señalados en el considerando anterior.

RESUELVE:

ARTICULO 1o.- Otorgar el título de BACHILLER a las personas que se señalan a continuación y quienes aprobaron los exámenes de validación del Bachillerato en Ciencias o Académico en un solo examen

NOMBRE

[redacted]

ARTICULO 2o. Por el Servicio Nacional de Pruebas del ICFES expídanse dos (2) copias auténticas de la presente Resolución a cada uno de los interesados para efectos del registro del correspondiente título, de conformidad con el artículo 30 del Decreto 100 de 1981.

ARTICULO 3o.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

(Fdo.) JAIME NIÑO DIEZ
Director ICFES

(Fdo.) BLANCA OTALORA DE TELCH
Director del Servicio Nacional de Pruebas

(Fdo.) PATRICIA LINARES PRIETO
Secretario General

Es copia auténtica en su parte pertinente del original que reposa en los archivos del ICFES.

SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS

079605

República de Colombia

LA ESCUELA DE ADMINISTRACION Y FORMACIÓN EN SALUD ESAF

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Autorización Oficial Resolución No. 2828 del 16 de Septiembre de 1999

Secretaría de Educación de Bogotá

Acta Individual de Certificación Número 461-2008

El Consejo de Dirección de la Escuela de Administración y Formación en Salud -ESAF-

Sesión del día 21 de enero de 2.008

CONSIDERANDO QUE:

Alexamalia Basto Ruiz

Documento de identidad 28.797.438 de Lérida, Tolima

SE LE CONFIERE

El Certificado de Aptitud Ocupacional de:

Técnico Laboral

Por haber culminado satisfactoriamente el programa de:

Técnico Auxiliar de Enfermería

Duración 2.060 Horas

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta Individual de Certificación en la ciudad de Bogotá, D.C. a los 09 días del mes de febrero de 2008.

Directora Académica

Secretaria Académica

Anotado al Folio 184 del Libro de Registro No. 3

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Secretaría Distrital de Salud
Subsecretaría de Salud Pública

Otorgan reconocimiento especial a:

AISAMALIA BASTO RUIZ
C.C. 28.797.438

Por su trabajo articulado en pro del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
Bogotá D. C., 19 de diciembre de 2017.

PATRICIA ARCE GUZMÁN
Subsecretaria de Salud Pública

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

AISAMALIA BASTO RUIZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 28.797.438

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL AVANZADO - Orientar personas según normativa de salud.

Código: 230101266

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los veintiocho (28) días del mes de Octubre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

188472 - 28/10/2017
No Y FECHA REGISTRO

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

VIGENCIA
28 de Octubre de 2020

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300230101266CC28797438C.

ESCUELA DE SALUD

"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.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.
Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

Certifica:

Que: *Aisamalia Basto Ruiz*

Asistio al curso de avances en

Programa Ampliado de Inmunización

Con una intensidad de 50 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Cirua Ramírez
Coordinadora Académica

Docente

Dado en Bogotá, D.C, a los 27 días del mes de Mayo de 2017

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

AISAMALIA BASTO RUIZ

Con Cedula de Ciudadania No. 28.797.438

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los ocho (8) días del mes de noviembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

40269863 - 08/11/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001311515CC28797438C.

República de Colombia

La Escuela de Administración y Formación en Salud
-ESAF-

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Autorización Oficial Resolución No. 2920 del 16 de Septiembre de 1999

Secretaria de Educación de Bogotá.

OTORGA A:

Aisamalia Basto Ruíz

Documento de Identidad: 28.797.438 de Lérida, Tolima

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO DE:

Unidad de Cuidado Intensivo UCI Adultos

Con una duración de 120 horas

Entregado en Bogotá D.C., a los 09 días del mes de febrero de 2008

Ruth María Charris Romero
Directora Académica

Alba Cristina Zambrano Castro
Secretaria Académica

BIENESTAR FAMILIAR

República de Colombia
Ministerio de la Protección Social
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia de la Fuente de Lleras
Regional Bogotá - Centro Zonal Ciudad Bolívar

BICENTENARIO
de la independencia de Colombia
1810 - 2010

Otorga Certificado a:

AISAMALIA BASTO RUIZ

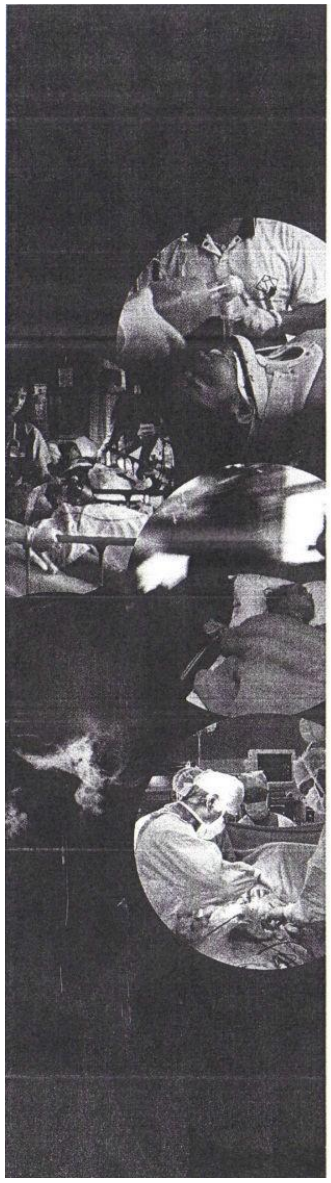
Por la Participación en el Taller Inicial de Capacitación para Madres Comunitarias de Bienestar Modalidad TRADICIONAL

Con una intensidad de 40 horas

Liz Angelica Acosta Castro
Coordinadora Centro Zonal

Olga Beatriz Corredor Suarez
Coordinadora Capacitación

Bogotá D.C., 30 de Septiembre de 2010



SALAMANDRA
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

CERTIFICA QUE:

Aisamalia Basto Ruiz

Asistió al:

SIMPOSIO DE TRAUMA

INTERVENCIÓN EN LAS FRONTERAS DE LA VIDA

Privilegiando su capacidad de respuesta

Con una intensidad horaria de 8 Horas

Para constancia en Bogotá a los nueve (9) días del mes de Junio de 2007

Laureano Quintero Barrera
Director Cientifico

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Hace Constar que:

Aisamalia Basto Ruiz

Identificado (a) con C.C. 28797438

Asistió a la Capacitación de "La Vigilancia Epidemiológica y su Importancia en la toma de Decisiones en Salud" , Realizada en el Municipio de San Juan de Rioseco cundinamarca con una intensidad de 5 horas.

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá, D.C. a los 10 días del mes de octubre de 2007.

Dr. Luis Jose Villegas de la Puente
Secretario de Salud de Cundinamarca

Dr. Germán Alonso Velandia
Coordinador Unión Temporal Orión

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

Consorcio emisalud
Empresa de Trabajo Integral de Servicios de Salud

LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Hace constar que:

AISAMALIA BASTO RUÍZ

Con Cédula de Ciudadania No. *28.797.438*

Asistió a la Capacitación en normatividad 412 de 2000, beneficios sistema general de seguridad social en salud, ABs, indicadores de monitoreo y seguimiento a promotores. Con una intensidad de 16 horas.

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá d.c. a los 31 días del mes de Agosto de Dos Mil Siete (2007)

Dr. LUIS JOSE VILLEGAS DE LA PUENTE
Director de Salud Pública

PATRICIA ALFONSO CORTÉS
Coordinadora Consorcio Emisalud

¡Todos contamos!

CENSO2005

DANE

Para saber cuántos somos, qué ofrecemos y qué necesitamos

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

LA UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

Certifica que:

AISAMALIA BASTOS RUIZ

CC 28,797,438

ASISTIÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA
ASISTIDA POR COMPUTADOR PARA EL
CENSO GENERAL 2005 Y REALIZÓ
LA PRÁCTICA EN EL OPERATIVO CENSAL.

JAIME ALBERTO LEAL AFANADOR
Rector

ÁNGEL ZAADHY GARCÉS SOTO
Coordinador General Diplomado

Se expide a los seis días del mes de Marzo de 2006

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

UNION TEMPORAL SALUD GLOBAL A.P.P

CERTIFICAN QUE:

ALDAMALIA BASTO

PARTICIPO EN EL CURSO-TALLER PREVENCION, DETECCION, Y ATENCION DE LA PROBLEMÁTICA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.
CON INTESIDAD HORARIA DE 24 HORAS (4 SESIONES)

LUIS JOSE VILLEGAS DE LA PUENTE
DIRECTOR SALUD PÚBLICA
SECRETARI DE SALUD DE CUNDINAMARCA

SALOMON RICARDO GRACIA ALDANA
REPRESENTANTE LEGAL
UNION TEMPORAL SALUD GLOBAL

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.

Hace Constar que:

AISAMALIA BASTO RUIZ

C.C. 28.797.438 de _____

Participó y Aprobó el curso de: PROMOTORES COMUNITARIOS EN SALUD

Con una intensidad de 26 Horas

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a los 27 días del mes de NOVIEMBRE de 2000

Dirección Departamento Educación y Capacitación

Secretaría de Salud de Cundinamarca

Escuela de Auxiliares de Enfermería
Ubaté

Constancia

Entregada a *AISAMALIA BASTO RUIZ*

Por haber realizado el curso para

Promotores Rurales de Salud

Dictado en *SAN JUAN DE RIOSECO* durante los días *1* de *AGOSTO*

a *26* de *NOVIEMBRE* de *1997*, con una intensidad de *632* horas.

Luz M. de la Hoz R.
Directora Escuela

Instructora

Esperanza poveda P.
Secretaria

Bogotá D.C
ESCUELA DE ADMINISTRACION Y FORMACION EN SALUD "ESAF"

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

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

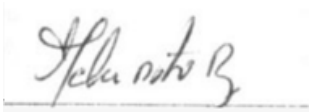
Yo, AISAMALIA BASTO RUIZ en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política estab lece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 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: 

No. de documento: 28797438

Dirección de contacto: CL 78ª SUR 45 57

Teléfono: 3142537762

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fue fusionado en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran el área jurídica, se constata que el señor(a) ASIMALIA BASTO RUIZ identificado con Cédula No, 28797438 suscribió, la orden de servicio que se relaciona más adelante,

Contrato	Tipo	Perfil	Duración	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad	*RF*
SO-3847	PRICIPAL	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	5 meses 24 dias	08/08/2017	31/01/2018	1240000	SUBRED	*138309*
0 157	*PRICIPAL*	*PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADTIVA Y ASISTENCIA N EN EL AREA DE ENFERMERIA*	*2 meses*	*01/02/2018*	*31/03/2018*	*1613395*	*SUBRED*	*139855*

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS. Asumir el 100% de Glosa generada por la

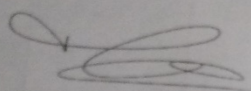
firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.

Las órdenes relacionadas anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia de la información registrada en la base de datos a solicitud del interesado a los tres (3)dias del mes de abril de 2018, no tiene fecha de expiración.

Atentamente,

Cordialmente,



MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES
DIRECTORA DE CONTRATACION

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **BASTO RUIZ AISAMALIA** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No**. **28.797.438** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

No. ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO/PERFIL	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
1585 DE 2013	15 de abril de 2013	31 de mayo de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2511600	VISTA HERMOSA
2556 DE 2013	1 de junio de 2013	30 de junio de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
3299 DE 2013	1 de julio de 2013	31 de agosto de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2898000	VISTA HERMOSA
5003 DE 2013	1 de septiembre de 2013	15 de septiembre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	724500	VISTA HERMOSA
5642 DE 2013	17 de septiembre de 2013	30 de septiembre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	724500	VISTA HERMOSA
6789 DE 2013	1 de octubre de 2013	9 de octubre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	434700	VISTA HERMOSA
8317 DE 2013	10 de octubre de 2013	31 de octubre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1014300	VISTA HERMOSA
9883 DE 2013	1 de noviembre de 2013	10 de enero de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	3381000	VISTA HERMOSA
00206 DE 2014	11 de enero de 2014	31 de enero de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	966000	VISTA HERMOSA
01500 DE 2014	1 de febrero de 2014	28 de febrero de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
02521 DE 2014	1 de marzo de 2014	30 de abril de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2898000	VISTA HERMOSA
03735 DE 2014	1 de mayo de 2014	31 de julio de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	4347000	VISTA HERMOSA
05142 DE 2014	1 de agosto de 2014	31 de agosto de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA

Carrera 20 No. 47 B - 35 Sur
Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co

06133 DE 2014	1 de septiembre de 2014	30 de septiembre de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
07047 DE 2014	1 de octubre de 2014	31 de octubre de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
08063 DE 2014	30 de octubre de 2014	30 de noviembre de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
09616 DE 2014	1 de diciembre de 2014	15 de enero de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1690500	VISTA HERMOSA
00536 DE 2015	16 de enero de 2015	31 de marzo de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	3139500	VISTA HERMOSA
01718 DE 2015	1 de abril de 2015	31 de julio de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	6216000	VISTA HERMOSA
03561 DE 2015	1 de agosto de 2015	15 de noviembre de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	5439000	VISTA HERMOSA
05676 DE 2015	16 de noviembre de 2015	29 de febrero de 2016	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	5439000	VISTA HERMOSA
01002 DE 2016	1 de marzo de 2016	31 de mayo de 2016	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	4980000	VISTA HERMOSA
02441 DE 2016	1 de junio de 2016	31 de julio de 2016	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	3320000	VISTA HERMOSA

ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

1.) Ejecutar las acciones de intervencion a la cual ha sido asignado como Auxiliar de Enfermeria con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas de la Localidad, el plan de salud territorial y el Plan Operativo Institucional. 2.) Ejecutar las acciones de las intervenciones asignadas en cumplimiento de los lineamientos y fichas tecnicas; realizando las respectivas acciones de mejora. 3.) Apoyar, segun los requerimientos del area los procesos de los demas componentes y subcomponentes del plan de intervenciones colectivas. 4.) Apoyar los procesos enfermedades cronicas, enfermedades transmisibles, salud sexual y reproductiva, PAI, Vigilancia en Salud Publica y Vigilancia Ambiental, Estrategia SASC, Estrategia Salud al Colegio reconociendo las necesidades de los territorios y etapas, desde las intervenciones a las cuales se encuentren asignadas, desde su area de competencia. 5.) Desarrollar y Entregar informes a la luz de: cronogramas, lineamientos, planes de trabajo, entre otras intervenciones, sustentados en los soportes de las actividades realizadas durante el periodo. 6.) Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos. 7.) Ejecutar acciones segun Plan de Trabajo y elaboracion de Cronograma de Actividades. 8.) Guardar la debida reserva sobre los asuntos que conozca con ocasion de la ejecucion del objeto de la orden. 9.) Participar de las interveciones convocadas por Salud Publica. 10.) Soportar actividades de Auditoria Interna y Externa. 11.) Informar y comunicar al hospital, comunidad e istitiuciones de los eventos de interes en Salud Publica identificados en el desarrollo de sus intervenciones. 12.) Actuar con lealtad, responsabilidad y buena fe durante la celebracion, ejecucion y terminacion del presente contrato y aun con posterioridad a esta. 13.) Las demas obligaciones inherentes al objeto del contrato. 14.) Realizar la revision de los Lineamientos Tecnicos dados por la SDS y que son propios de su intervencion y realizar apropiacion de los mismos. 15.) Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la SDS y que den cumplimiento al contrato suscrito por el Hospital Vista Hermosa. 16.) Los productos presentados debe cumplir con atributos de calidad,

oportunidad, y veracidad. 17.) Programar las actividades segun la programacion del insumo de transporte que tenga el Hospital para dar cumplimiento a la meta. 18.) Realizar la entrega mensual del consolidado de sus Actividades para la respectiva revision y verificacion de productos. 19.) El valor de glosas generadas al HVH por mala calidad en productos e inoportunidad en los mismos sera recobrada al contratista responsable. 20.) Participar en las actividades programadas por la ESE. 21.) Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los Lineamientos del Proceso de Gestion documental. 22.) Realizar los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, conforme a los establecido por la ley. 23.) Dar respuesta a los requerimientos solicitados desde la SDS y la ESE.

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos y archivo en físico que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1153.** Código de Verificación YSE=;ZR16

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los **08 días del mes de junio del 2017.**

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Leidy Paola Henao Arcila	Tecnico Adminsitartivo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **de responsabilidad y eficacia**, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fue fusionado en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran el área jurídica, se constata que el señor(a) ASIMALIA BASTO RUIZ identificado con Cédula No, 28797438 suscribió, la orden de servicio que se relaciona más adelante,

Contrato	Tipo	Perfil	Duración	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad	*RF*
SO-3847	PRICIPAL	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	5 meses 24 dias	08/08/2017	31/01/2018	1240000	SUBRED	*138309*
0 157	*PRICIPAL*	*PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADTIVA Y ASISTENCIA N EN EL AREA DE ENFERMERIA*	*2 meses*	*01/02/2018*	*31/03/2018*	*1613395*	*SUBRED*	*139855*

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS. Asumir el 100% de Glosa generada por la

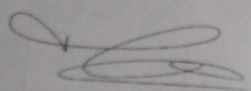
firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.

Las órdenes relacionadas anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia de la información registrada en la base de datos a solicitud del interesado a los tres (3)dias del mes de abril de 2018, no tiene fecha de expiración.

Atentamente,

Cordialmente,



MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES
DIRECTORA DE CONTRATACION

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **BASTO RUIZ AISAMALIA** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No**. **28.797.438** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

No. ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO/PERFIL	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
1585 DE 2013	15 de abril de 2013	31 de mayo de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2511600	VISTA HERMOSA
2556 DE 2013	1 de junio de 2013	30 de junio de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
3299 DE 2013	1 de julio de 2013	31 de agosto de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2898000	VISTA HERMOSA
5003 DE 2013	1 de septiembre de 2013	15 de septiembre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	724500	VISTA HERMOSA
5642 DE 2013	17 de septiembre de 2013	30 de septiembre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	724500	VISTA HERMOSA
6789 DE 2013	1 de octubre de 2013	9 de octubre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	434700	VISTA HERMOSA
8317 DE 2013	10 de octubre de 2013	31 de octubre de 2013	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1014300	VISTA HERMOSA
9883 DE 2013	1 de noviembre de 2013	10 de enero de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	3381000	VISTA HERMOSA
00206 DE 2014	11 de enero de 2014	31 de enero de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	966000	VISTA HERMOSA
01500 DE 2014	1 de febrero de 2014	28 de febrero de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
02521 DE 2014	1 de marzo de 2014	30 de abril de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2898000	VISTA HERMOSA
03735 DE 2014	1 de mayo de 2014	31 de julio de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	4347000	VISTA HERMOSA
05142 DE 2014	1 de agosto de 2014	31 de agosto de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA

Carrera 20 No. 47 B - 35 Sur
Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co

06133 DE 2014	1 de septiembre de 2014	30 de septiembre de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
07047 DE 2014	1 de octubre de 2014	31 de octubre de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
08063 DE 2014	30 de octubre de 2014	30 de noviembre de 2014	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1449000	VISTA HERMOSA
09616 DE 2014	1 de diciembre de 2014	15 de enero de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	1690500	VISTA HERMOSA
00536 DE 2015	16 de enero de 2015	31 de marzo de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	3139500	VISTA HERMOSA
01718 DE 2015	1 de abril de 2015	31 de julio de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	6216000	VISTA HERMOSA
03561 DE 2015	1 de agosto de 2015	15 de noviembre de 2015	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	5439000	VISTA HERMOSA
05676 DE 2015	16 de noviembre de 2015	29 de febrero de 2016	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	5439000	VISTA HERMOSA
01002 DE 2016	1 de marzo de 2016	31 de mayo de 2016	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	4980000	VISTA HERMOSA
02441 DE 2016	1 de junio de 2016	31 de julio de 2016	APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	3320000	VISTA HERMOSA

ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

1.) Ejecutar las acciones de intervencion a la cual ha sido asignado como Auxiliar de Enfermeria con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas de la Localidad, el plan de salud territorial y el Plan Operativo Institucional. 2.) Ejecutar las acciones de las intervenciones asignadas en cumplimiento de los lineamientos y fichas tecnicas; realizando las respectivas acciones de mejora. 3.) Apoyar, segun los requerimientos del area los procesos de los demas componentes y subcomponentes del plan de intervenciones colectivas. 4.) Apoyar los procesos enfermedades cronicas, enfermedades transmisibles, salud sexual y reproductiva, PAI, Vigilancia en Salud Publica y Vigilancia Ambiental, Estrategia SASC, Estrategia Salud al Colegio reconociendo las necesidades de los territorios y etapas, desde las intervenciones a las cuales se encuentren asignadas, desde su area de competencia. 5.) Desarrollar y Entregar informes a la luz de: cronogramas, lineamientos, planes de trabajo, entre otras intervenciones, sustentados en los soportes de las actividades realizadas durante el periodo. 6.) Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos. 7.) Ejecutar acciones segun Plan de Trabajo y elaboracion de Cronograma de Actividades. 8.) Guardar la debida reserva sobre los asuntos que conozca con ocasion de la ejecucion del objeto de la orden. 9.) Participar de las interveciones convocadas por Salud Publica. 10.) Soportar actividades de Auditoria Interna y Externa. 11.) Informar y comunicar al hospital, comunidad e istitiuciones de los eventos de interes en Salud Publica identificados en el desarrollo de sus intervenciones. 12.) Actuar con lealtad, responsabilidad y buena fe durante la celebracion, ejecucion y terminacion del presente contrato y aun con posterioridad a esta. 13.) Las demas obligaciones inherentes al objeto del contrato. 14.) Realizar la revision de los Lineamientos Tecnicos dados por la SDS y que son propios de su intervencion y realizar apropiacion de los mismos. 15.) Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la SDS y que den cumplimiento al contrato suscrito por el Hospital Vista Hermosa. 16.) Los productos presentados debe cumplir con atributos de calidad,

oportunidad, y veracidad. 17.) Programar las actividades segun la programacion del insumo de transporte que tenga el Hospital para dar cumplimiento a la meta. 18.) Realizar la entrega mensual del consolidado de sus Actividades para la respectiva revision y verificacion de productos. 19.) El valor de glosas generadas al HVH por mala calidad en productos e inoportunidad en los mismos sera recobrada al contratista responsable. 20.) Participar en las actividades programadas por la ESE. 21.) Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los Lineamientos del Proceso de Gestion documental. 22.) Realizar los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, conforme a los establecido por la ley. 23.) Dar respuesta a los requerimientos solicitados desde la SDS y la ESE.

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos y archivo en físico que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1153.** Código de Verificación YSE=;ZR16

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los **08 días del mes de junio del 2017.**

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Leidy Paola Henao Arcila	Tecnico Adminsitartivo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **de responsabilidad y eficacia**, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.797.438**

BASTO RUIZ

APELLIDOS

AISAMALIA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAY-1973**

SAN JUAN DE RIOSECO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. AH	SEXO

2MAY-1992 LERtDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CAIII.09 AAIEL sNI<:HEZ TORRES

A-1500150-00634036 -F-0028797438-20141023 0040575630A 2 1263088813

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14421235661

(415)7707212489984(8020) 000001442123566 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 8 7 9 7 4 3 8	4	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	2 8 7 9 7 4 3 8	1 9 9 2 0 5 2 6

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Lérida 4 0 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BASTO	RUIZ	AISAMALIA	

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: CL 78 A SUR 45 57 BRR POTOSI

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
aisitabaru@hotmail.com		3 1 4 2 5 3 7 7 6 2	3 2 0 9 7 8 2 1 1 9

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 0 8 0 2 0 1					5 1 3 2	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 7 1 4

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:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: TOCANCHON PEÑA MARTHA CECILIA

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 14-07-2017 12:54:52PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO 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: 04-08-2016
Hora: 1:00:49 PM

CONTRIBUYENTE NIT 28797438-4 AISAMALIA BASTO RUIZ

Información General

Dirección CL 78 A SUR 45 57

Teléfonos 2994512-3142537762

Dirección electrónica aisabasto29@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/08/2016

Soporte Inscripción 19056237

Fecha Inicio Actividades 01/02/2008

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: 16001021788

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.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 2758 *de* 12/03/2008

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BASTO RUIZ AISAMALIA Identificado(a) con CC número 28797438 expedida en LERIDA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE ADM. Y FORM. EN SALUD "ESAF" el día 09/02/2008 y registrado en el libro 3 Folio 184 año 2008
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 BASTO RUIZ AISAMALIA identificado(a) con CC número 28797438 expedida en LERIDA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 12/03/2008

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

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

AISAMALIA

BASTO RUIZ

C.C 28797438

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA AUTORIZADA

Expedicion 23/06/2008

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

28797438

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 23 de noviembre de 2017 07:21 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía

Número de identificación: 28797438

Nombres y Apellidos AISAMALIA BASTO RUIZ

Fecha de nacimiento: 29/05/1973

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única	15/07/2017	Adacell	C4986AB	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	11/03/2013	Stamaril	H5402	UPA CANDELARIA LA NUEVA
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Refuerzo	13/07/2017	Hepavax Gene	1434028.05	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 63
Influenza	Única	15/07/2017	Agrippal	165721	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Quinta dosis	18/04/2008	Tetavax		HOSPITAL VISTA HERMOSA
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 23 de noviembre de 2017 07:21 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	28797438
Nombres y Apellidos	AISAMALIA BASTO RUIZ		
Fecha de nacimiento:	29/05/1973		

Toxoide Tetánico	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	15/07/2017	Priorix	A69CE420A	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

IDENTIFICACIÓN — **COLSUBSIDIO NIT 860007336-1**

Nombre del Paciente	AISAMALIA BASTO RUIZ	**Tipo de documento**	Cédula de Ciudadanía	**Número de documento**	28797438
Fecha de nacimiento	29/05/1973	**Edad atención**	44 años 1 mes	**Edad actual**	44 años 1 mes
Sexo	Femenino	**Estado civil**	Soltero/a	**Ocupación**	AUX ENFERMERIA
Dirección de domicilio	CL 61 S N 42 09	**Teléfono domicilio**	2994512 3142537782	**Lugar de residencia**	BOGOTA
Acudiente		**Parentesco**		**Teléfono acudiente**	
Acompañante		**Teléfono acompañante**			
Asegurador	PARTICULAR	**Categoría**	B	**Tipo de vinculación**	Otro
Episodio	30091590	**Lugar de atención**	SE CALLE 63	**Cama**	
Fecha de la atención	15/07/2017	**Hora de atención**	09:33:51		

CONCEPTO MÉDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Datos de Identificación del Empleado

Tipo de Examen	SO Exam Ingreso	**ARL**	
Fecha de Nacimiento	29/05/1973	**Lugar de Nacimiento**	Colombia
Procedencia	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA
Municipio	BOGOTA	**Escolaridad**	TÉCNICA PROFESIONAL

Datos del Cargo Actual

Empresa	SECRETARIA DE SALUD PARTICULAR	**NIT**	28797438
Fecha de Ingreso	15/07/2017	**Antigüedad en el Oficio**	10 Años
Cargo a Desempeñar o Desempeña	AUX DE ENFERMERIA EN SALUD PUBLICA	**Área**	
Jornada Laboral	Diurna		

Audiometría	No Realizada
Espirometría	No Realizada
Estado de Salud	ALTERACION VISUAL SIN CORRECCION
Resultado de la valoración	Apto para el cargo con patología que no limita la labor

Recomendaciones

X	Remisión a EPS		Control odont. periódico	X	Sist. Vig. (Ergonómico)
X	Continuar trat. médico	X	Uso de EPP		Sist. Vig. (Ruido)
	Seg. Caso por ARL	X	Higiene Postural		Sist. Vig. (Biológico)
X	Citología cervico-vaginal	X	Pausas Activas		Sist. Vig. (Radiación Ionizante)
	Tamizaje Prostático	X	Distribución fuerzas y cargas		Sist. Vig. (Psicolaboral)
X	Esq. Vacunación (adulto)	X	Actividad Física		Sist. Vig. (Card-Metab)
	Cont. Audiológ. Periódico		Dejar de Fumar		Sist. Vig. (Ergon.)
X	Cont. Anual optométrico	X	Cont. Nutricional y de peso	X	Sist. Vig. (Visual)

Recomendaciones Adicionales: SE REALIZA EXAME MEDICO CON ENFASIS OM

SE RECOMIENDA VALORACION POR DERMATOLOGIA EN LA EPS, CONTROL COMPLETO POR OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL, SE RECOMIENDA REALIZAR PLAN CASERO DE

Impreso por: ELEONORA PEREZ REY
Fecha y Hora de impresión: 15/07/2017 - 09:50:11

IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente ARSAMALIA BASTO RUIZ **Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía **Número de documento** 25707438

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR DE MS SINFERIORES Y RELAJACION DE COLUMNA LUMBAR, EVITAR REALIZAR CAMINATAS LARGAS EN TERRENO IRREGULAR Y EMPINADO, ALTERNAR POSTURAS BIPEDO A SEDENTE DENTRO DE LA JORNADA LABORAL; 5 MIN X CADA 45 MIN DE POSICION BIPEDA O DEAMBULANTE, SS VALORACION POR FISIATRIA EN LA EPS. EVITAR USO A REPETICION DE ZAPATOS DE TACON.

PAUSAS ACTIVAS DENTRO O ELA JORNADA LABORAL, COLUMAN, VISUALES Y DE MS SUPERORES, AMNTENER HIGIENE DE COLUMNA

Responsable	PEREZ, ELEONORA
Documento de Identidad	39789089
Especialidad	SALUD OCUPACIONAL
Fecha	15/07/2017
Hora	09:45:15

Firma Médico: Firma Paciente:

19-12-17

Médico
I.R. Cordoba
C.C. 39789089
R.M. 2357399-1352017-11

Impreso por: ELEONORA PEREZ REY
Fecha y Hora de Impresión: 15/07/2017 09:50:11

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:	22-01-2019	CIUDAD:	Bogotá D.C.	DEPARTAMENTO:	Bogotá. D.C.

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		
Basto	Ruiz	Aisamalia			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	28797438	Lérida Tolima	1992-05-26
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
29/05/1973	San Juan de Rio Seco "Cund."	Colombia.	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	2	3	3142537462

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	CUAL:	Auxiliar de Enfermería

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 78A SUR 45 57	Bogotá. D.C	Bogotá D.C.	Colombia.	2994512

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒
arcabasto29@gmail.com				

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:	Auxiliar Enfermería		
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐				
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐				

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐		SI ☐		SI ☐	Digitar el codigo del rut.	8692
		NO ☒		NO ☒		NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒

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

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. ESE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	# NIT	900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG.34.N°5-43	3444484	Bogotá .D.C	Bogotá. D.C	Colombia.
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermera	**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	$ 0	GASTOS FAMILIARES	900.000 $ 0	AHORROS	1900.008 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	1'550.000 $ 0	ARRIENDOS	480.000 $ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	7'000.000 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	1.550.000.	TOTAL EGRESOS	1.380500.	TOTAL ACTIVOS	8'900.000.	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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Copina	Gutierrez	Leonidas.	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CL 81 SUR 42 09	Bogotá D.C. / Colombia.	Amigo.	7172495 / 3223317922

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda.	Ahorro	048703905 09.	Tunal.	7692541.

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:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ 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.):

Digite su profesión Tecnico Auxiliar de Enfermeria.

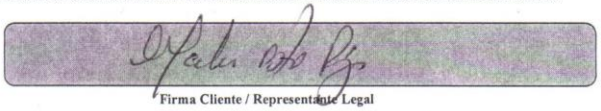
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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)

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

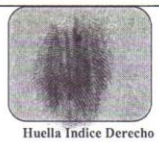
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

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



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:		

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) AISAMALIA BASTO RUIZ identificado(a) con CC 28797438 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**24/05/2006**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO QUIROGA**
Categoría:	**A**

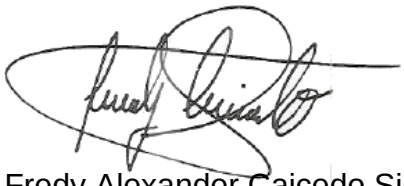
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 21 días del mes de enero del año 2019 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) AISAMALIA BASTO RUIZ identificado(a) con C.C No. 28.797.438, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 21 de enero del 2019.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado¸ comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. ¸ e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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

28797438.	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Aisamalid		Basto	Raiz
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

29/05/1973	San Juan de Rioseco	Cl. 78A Sur 45 57	2994512
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Famisanar - Colsubsidio.	Colfondos	$ 1'550.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Tecnico	
Escriba su perfil tecnico o profesión	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

aisabasto29@gmail.com	3142534762
Correo Electrónico	Celular

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 121012116

WEB
17:40:29

Bogotá DC, 21 de enero del 2019

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) AISAMALIA BASTO RUIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 28797438:

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 lunes 21 de enero de 2019, a las 17:35:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	28797438
Código de Verificación	287974381901211735 49

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. 2711721

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 17:33 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., el señor(a) **AISAMALIA BASTO RUIZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **VEINTIOCHO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO** de LERIDA

28797438

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: 1_WAZYL_3317
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:40:34 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **28797438**

Apellidos y Nombres: **BASTO RUIZ AISAMALIA**

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.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **21/01/2019**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora AISAMALIA BASTO RUIZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **28797438**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570004870390509**
Fecha de apertura	**17/04/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA