Soacha, 11 de 07 de 2022

Doctora.
ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Lady Briguet Sanabria Arenas

Auxiliar de Enfermería

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

Lady Sanabria

Nombre del Contratista: Lady Briguet Sanabria Arenas
CC: 1.073.698.734
Dirección: CALLE 6ª # 38-88
Email:Lady_016_4@hotmail.com
Teléfono/ Celular: 3133429451



LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS
CALLE 1 BIS #6-49 ESTE
CC.1073.698.734 DE SOACHA
Soacha
3133429451-3204797519
Fecha de nacimiento:10-07-93

E-mail: lady_016_4@hotmail.com

Perfil

- *Enfermera, capacitada para Brindar un cuidado integral y óptimo a la persona, familia y comunidad, basado en el Proceso de atención de Enfermería, desarrollando actividades preventivas, promociónales en el área de su competencia considerando las etapas del ciclo vital en todos los niveles de atención. Capaz de ejerce liderazgo, promoviendo el trabajo en equipo, Utilizando una comunicación asertiva con el cliente, familia y los miembros del equipo de enfermería y de salud en general.*
- *Con disposición de escuchar, entusiasta, con todos los deseos de superación en todos los campos de mi vida, persona, profesional y laboral y con una proyección objetiva hacia el futuro.*

Experiencia Laboral

VENTAS EN TERMINAL DE TRANSPORTE

- **Vendedora y Cajera**
  Jefe inmediato: Jairo Espinosa
  7 meses

RECUPERA S.A.S

CARGO: Asesor de cobranzas
JEFE INMEDIATO: Mónica Arenas
Enero 2012- Febrero 2016
Cel. 7435860

RECUPERA S.A.S

CARGO: Supervisor de cobranzas
JEFE INMEDIATO: Monica Arenas
Febrero 2016 – Junio 2016

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

CARGO: Auxiliar de enfermería- cuadrantes saludables
JEFE INMEDIATO: DRA. Edna Jimenez
Junio 2017-septiembre 2018

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

CARGO: Auxiliar de enfermería- concurrencia seguridad alimentaria
JEFE INMEDIATO: DRA. Edna Jimenez
Abril 2019 – octubre 2019

Lady Briguet Sanabria Arenas
Auxiliar Enfermería
3133429451-3204797519

3204797519

Marcela sanabria
Secretaria
3112888948

Doy Fe que toda la información suministrada anteriormente es veraz y autorizo pedir informes sobre ella, sin ningún tipo de restricción y limitación.

Lady Sanabria.

LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS
TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA
C.C.:1.073.698.734
3133429451-3204797519



Lady Briguet Sanabria Arenas
Auxiliar Enfermería
3133429451-3204797519

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.073.698.734**
SANABRIA ARENAS

APELLIDOS
LADY BRIGUET

NOMBRES

Lady Sanabria

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUL-1993**
SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-AGO-2011 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1524700-00346674-F-1073698734-20111119 0028533954A 1 37009855

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:13:45 PM horas del 25/07/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1073698734**
Apellidos y Nombres: **SANABRIA ARENAS LADY BRIGUET**

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.

DIJIN

Dirección Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa Lunes a Viernes 8 00 am a 12 00 pm y 2 00 pm a 5 00 pm
Línea de atención al ciudadano 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país 018000 910 112
E-mail dijn.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 25/07/2022 05:21:48 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1073698734** y Nombre: **LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **37823633** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir



GUARDIANES
de tus DERECHOS
Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 7008479

Bogotá D.C., 25 de Julio de 2022 - 16:17 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) **LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL SETENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO** de SOACHA

1073698734

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.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Certificado generado por el sitio web: www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Código de verificación: 7_ZFYE4_1716. Link de verificación: https://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 25 de julio de 2022, a las 16:15:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1073698734
Código de Verificación	1073698734220725161521

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.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14836062571

(415)7707212489984(8020) 000001483606257 1

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANABRIA	ARENAS	LADY	BRIGUET

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CL 1 BIS 6 49 ESTE BRR QUINTANARES

42. Correo electrónico: lady_016_4@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 3 4 2 9 4 5 1	6 0 1 5 7 5 4 1 9 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 2 0 7 0 5						3 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 20

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	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 2022 - 07 - 12 / 11 : 39: 59

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

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

984. Nombre SANABRIA ARENAS LADY BRIGUET
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 12-07-2022 11:40:12AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

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

FECHA:	2022-07-11	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida 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 CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SANABRIA	ARENAS	LADY	BRIGUET

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	X	C.E.	R.C.	NUIP	1.073.698 734	SOACHA	2011-08-02

PASAPORTE		OTRO		ES RESIDENTE EN COLOMBIA:	SI		NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1993-07-10	SOACHA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)		CASADO(A)		DIVORCIADO(A)		UNION LIBRE	X	VIUDO(A)		1	1	3133429451

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 6A # 38 -88	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	7808369

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
LADY_016_4@HOTMAIL.COM		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDAD X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MENDOZA	SOTO	DAVID	RICARDO

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	X	C.E.	R.C.	NUIP	1.014.231 444	BOGOTA	2010-04-06

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA						CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI		IVA	SI		NO	X	8699	
	NO	X	ICA	SI		NO	X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:	

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

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
SI		NO	X		NO	X	ESE Región de Salud Soacha	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		SERVICIOS		SALUD		# NIT	800006850-3

EXPORTACIONES | AGRICOLA | ENERGETICA | FINANCIERA | TRANSPORTE | TECNOLOGIA | ALIMENTOS | MEDICAMENTOS | OTRA | CUAL

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 #9-85	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL		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	$ 1.000.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 500.000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 5.000.000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 1.500.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 5.000.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GALEANO	ACOSTA	KATHERINE	ANDREA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	SOACHA	AMIGA	3185858315

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

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 del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiques las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socias 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 Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el RIL
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración 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 según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la 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 cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. 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 , 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) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los terminos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la 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) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya 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 es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán 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 ESE Región de Salud Soacha 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 lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Telefono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, 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.

IX. FIRMA Y HUELLA

LOAIO 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

Jady Sanabria

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1073698734** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1073698734
NOMBRES Y APELLIDOS	LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	05/06/2012
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	364
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	39

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **23/06/2022**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANABRIA ARENAS LADY BRIGUET** identificado(a) con **CC** número **1.073.698.734** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de junio de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

202206231523

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SANABRIA	ARENAS	LADY BRIGUET

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1073698734	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 10 MES 07 AÑO 1993	CARRERA 6 A 38 88 23-503 SAN MATEO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	BOGOTA	MUNICIPIO	SOACHA		
MUNICIPIO	BOGOTA	TELÉFONO	7808369	EMAIL	lady_016_4@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											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2010

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X			01	2014	08211

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7309230	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 13 N 10 48					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLIN					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	15	*Mes:*	04	*Año:*	2012	*Día:*	24	*Mes:*	04	*Año:*	2014
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN*						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* GUAMO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	15	*Mes:*	04	*Año:*	2012	*Día:*	24	*Mes.*	04	*Año.*	2014
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN*						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	15	*Mes:*	04	*Año:*	2012	*Día:*	24	*Mes.*	04	*Año:*	2014
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN*						

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período Declarado: 01/01/2021 - 31/12/2021

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS

IDENTIFICADO CON: C C. X C.E. T.I. No. 1073698734 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 6 A 38 88 23-503 SAN MATEO TELÉFONO: 3133429451 / 7808369

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
joel david mendoza sanabria	1150189263	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 POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	$20.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$20.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
av villas	CUENTA DE AHORROS	006824440	san marcos	0,1

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
addi	credito	2.200.000
av villas	tarjeta credito	1.500.000
codensa	tarjeta credito	1.500.000
falabella	tarjeta credito	3.200.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
david ricardo mendoza soto	C.C. X C.E. T.I.	1014231444

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 1 1 de Julio de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Lady Briguet Sanabria Arenas, identificado(a) con cedula No. 1.073.698.734 de Soacha , interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Auxiliar de enfermería, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (x) no ( ) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión: _____

_____

_____

_____

Atentamente,

Lady Sanabria

C.C.1.073.698.734

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 11 de 07 de 2022

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Lady Briguet Sanabria Arenas, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.073.698.734 de Soacha, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Jady Sanabria

C.C. No. 1.073.698.734 de SOACHA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL Sura

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Lady Briguet Sanabria Arenas

N° Documento: 1.073.698.734

Fecha de Nacimiento: 10 Julio 1993

Dirección: Calle 6ª # 38-88

Teléfono. Fijo – Celular: 3133429451

E-mail: Lady_016_4@hotmail.com

EPS: Sura

AFP: Protección

Firma Contratista: Lady Sanabria

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800006850
Número Afiliación:	215221
Razón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	1073698734
Nombre:	LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS
Fecha Inicio contrato:	25/07/2022
Fecha Fin contrato:	31/10/2022
Fecha Inicio cobertura:	25/07/2022
Número contrato:	09410
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 3
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	22/7/2022 3:10:03 PM

	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 11 Julio 2022

Señores:

Fundación universitaria Olga Forero de Olaya

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Lady Briguet Sanabria Arenas _en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "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 Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo 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 cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Técnico en Auxiliar de Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Lady Sanabria

N° Documento 1.073.698.734

Tarjeta Profesional N°_____

Dirección de contacto calle 6ª # 38-88

Teléfono 3133429451

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo, Lady Briguet Sanabria Arenas , identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.073.698.734, expedida en Soacha, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

Para constancia se firma en Soacha, a los 11 de Julio de 2022



Jady Sandoval

Firma y huella

3133429451

Celular No.

Lady_016_4@hotmail.com

Correo institucional

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: lady Briget

Apellidos: Sanabria Arenas

Documento de identidad: C.C. X | Pasaporte | PEP | cnv | cuik

No. 1.073.698.734

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 07 Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	04-03-21	Pfizer	EN1195 30-06-21	UMHE, Fontibon	Claudia Mohecho	52'960.206 de Bta
	2	25-3-21	Pfizer	EN1195 30-6-21	Umhe Fontibon	Angela Agudelo	1018469840
		29-11-21	Moderna	037J20A 19-4-21	RSG CAYETANO	Mary Corrales	39582648

Escaneado con CamScanner

[redacted] lo en Colombia
ar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jady Briget

Apellidos: Sanabria Arenas

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1073698734

Fecha de Nacimiento: Día 10 Mes 07 Año 1993

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jady Briget

Apellidos: Sanabria Arenas

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1073698734

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 07 Año 1993

Scanned by CamScanner

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampion Rubeola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	01-Feb-14		
	2	27 ENE 2017	D2288	
	3	31-AGO-19	D2759	
	4	27 JUN 2020	2339X00	
	5	27-JUN-2027		
Contra Hepatitis B	1	[illegible] 2017	AHBVC5[illegible]AC	
	2	05 JUN 2017	1481[illegible]	
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unica	31/08/17	H5878	
Contra Influenza	Unica	26/11/19A	V5011708	
	U	25578	V5016063	
Virus de Papiloma Humano				
DPTa	U	250618	AC37855700	

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampion - Rubeola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica			
Toxoide tetanico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Adulto aceptable	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	27 JUN 2020	V5022000	28/01/2021
Otras				

Scanned by CamScanner

Dr ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional
EVALUACION OCUPACIONAL RSSC: 2575453266
Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12700 DE 01/11/2017
Consecutivo: 507



Nombre: LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS

Identificacion: CC 1073698734

Empresa: HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

Cargo a desempeñar AUXILIAR DE ENFERMERIA

Edad: 26Año(s), 7Mes(es) y 26Dia(s) Fecha nacimiento: 10/07/1993

Examen para: INGRESO **Fecha Valoración: viernes 8 de marzo de 2020**

Concepto de aptitud

Concepto de Aptitud:	*APTA(O):Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de:* *AUXILIAR DE ENFERMERIA*
Tipo de cargo:	*OPERATIVO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR*
Apoyo diagnóstico:	*Agudeza visual*

RECOMENDACIONES

1. *Pausas activas/utilizar elementos de protección personal/Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral.*
2. *Valoración por optometria y nutrición de EPS.*
3. *P.V.E Riesgo Biologico*
4. *Uso de medias de soporte elastico.*

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS NI ESPACIOS CONFINADOS.

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (art 4). RES 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO.

VER ANEXO VALORACION OSTEOMUSCULAR AL RESPALDO

Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional
L.O.S.O. - 006290/96

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ
Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017

Lady Sanabria
FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 1073698734



Este es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación al Teléfono: 7122345 con N° Consecutivo. Custodia HC Ocupacional Cra. 6 # 13t-15 Soacha- Centro

Escaneado con CamScanner

Concepto articular	**Articulación a evaluar**	**ROM**	
	COLUMNA VERTEBRAL	FLEXIÓN	VALORACION CERVICAL SIN ALTERACIONES/ DORSOLUMBAR Y SACRA SIN ALTERACIONES
		EXTENSIÓN	VALORACION CERVICAL SIN ALTERACIONES/ DORSOLUMBAR Y SACRA SIN ALTERACIONES
	MIEMBROS SUPERIORES	SIN ALTERACIONES FLEXION/EXTENSIÓN	
	MIEMBROS INFERIORES	SIN ALTERACIONES FLEXION/EXTENSIÓN	
Desempeño muscular	**Fuerza (f) y retracción (R) muscular**	**GENERAL**	**CALIFICACION FUNCIONAL**
			NORMAL
		**LATERAL**	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
		FRONTAL	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
		POSTERIOR	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
Normal	Alcanza la amplitud total disponible de movimiento contra la gravedad y es capaz de mantener una resistencia máxima.		

Nombre: LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS **Consecutivo:** 507

Identificacion: 1.073.698.734

ACTUALIZADO 19 DE JULIO 2018

ESPACIO EN BLANCO

La República de Colombia
y en su nombre

Fundación Olga Forero de Olaya

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Debidamente autorizada según resolución No. 241 de marzo 09 de 2009 de la Secretaría de Educación de Soacha y acuerdo No. 0126 del 23 de diciembre de 2008 emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud del Ministerio de Protección Social.

Otorga el Presente Certificado de:

Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería

a:

Lady Briguet Sanabria Arenas

C.C. 1.073.698.734 de Bogotá

Duración: 1800 horas Teórico - Prácticas

Fecha de Certificación: Abril 24 de 2014, en Soacha, Cundinamarca

José Leonidas Olaya Forero
Rector

Kelly Garzón

Kelly Johanna Garzón Fajardo
Coordinadora Académica

Fundación Olga Forero de Olaya

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Acta de Certificación No. 0004

En la ciudad de Soacha el dia 24 de Abril de 2014, se llevó a cabo el acto de certificación presidido por el Doctor JOSÉ LEONIDAS OLAYA FORERO Rector de la Fundación Olga Forero de Olaya Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano. Debidamente autorizada según resolución No. 241 de marzo 09 de 2009 de la Secretaría de Educación de Soacha y acuerdo No. 0126 del 23 de diciembre de 2008 emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud del Ministerio de Protección Social.

Otorga el Presente Certificado de:

Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería

a:

Lady Briguet Sanabria Arenas

C.C. 1.073.698.734 de Bogotá

Quien cumplió con los requisitos académicos de 1.800 horas teórico prácticas y con las exigencias establecidas en los reglamentos de la Institución, por el cual se le otorgó el certificado que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presenta Acta de Certificación, en la ciudad de Soacha, Cundinamarca el dia 24 de Abril de 2014.

José Leonidas Olaya Forero
Rector

Kelly Garzón

Kelly Johanna Garzón Fajardo
Coordinadora Académica

Escaneado con CamScanner

CUNDINAMARCA
unidos podemos más

RESOLUCIÓN No. 25 - 1185
19 DE ABRIL DE 2016

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución No 8211 del 15 de julio de 1989, el Decreto 1352 del 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, la Ley 1164 de 2007 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Resolución 5258 de 2011, expedida por la Secretaria de Salud del Departamento de Cundinamarca, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que ***SANABRIA ARENAS LADY BRIGUET,*** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No.***1073698734,*** **expedida en *SOACHA CUNDINAMARCA,*** solicitó ante esta Secretaria de Salud la autorización, para ejercer como ***TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA;*** diploma otorgado por, ***LA FUNDACION OLGA FORERO DE OLAYA EN SOACHA CUNDINAMARCA., según ACTA DE CERTIFICACION No. 0004 DE FECHA 24 DE ABRIL DE 2014.***

Que dicho certificado de aptitud ocupacional, no requiere Registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2°, De la Resolución 08211 de 1989.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante, este(a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a ***SANABRIA ARENAS LADY BRIGUET,*** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No.***1073698734,*** expedida en ***SOACHA CUNDINAMARCA,*** para ejercer como ***TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,*** y tiene efectos en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Con la presente Resolución, el profesional quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ARTÍCULO 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 de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C, el 19 DE ABRIL DE 2016

DORIS E. RODRIGUEZ PÉREZ
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyectó: Janeth Flórez
Revisó: Esperanza Martínez
V B OAAJ Alfonso Sánchez

BOGOTA D.C. 25/05/16
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) Lady Sanabria Arenas
CC No. 1073698734
Firma Lady Sanabria

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam ..

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2022-06-23--3:25:23 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1073698734	LADY	BRIGUET	SANABRIA	ARENAS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS identificado(a) con CC 1073698734 registra La siguiente información:

2022-06-23--3:25:23 PM

Información Academica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2016-04-19	1185	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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 profesion u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolucion de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaria de Salud, y segun la profesion, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.), Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HUMANAR
corporación educativa

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE LA

CORPORACION EDUCATIVA HUMANAR

Personería Jurídica 331 de Junio 25 de 1992 - Resolución 974 de Mayo 8 de 1995

EDUCACIÓN CONTINUADA

Otorga la presente Constancia de Asistencia a:

Lady Briguet Sanabria Arenas

C.C . 1073698734 de Bogotá

Quién culminó satisfactoriamente el Curso de:

CODIGO BLANCO
ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

I.H. 40 Horas

En de lo anterior se firma la presente constancia en Bogotá D.C. a los tres (03) días del mes de Marzo de 2021

Dirección

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

CERTIFICA QUE:

lady briguet sanabria arenas

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

JORGE HERNANDEZ
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 4, 2022

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

CERTIFICA QUE:

lady briguet sanabria arenas

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,46

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 4, 2022

LA OFICINA JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL
MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

O.J. 581-2019

LA OFICINA JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

C E R T I F I C A

Que la Señora; **LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS,** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.073.698.734** ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

CONT. Nº	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR	ADICION EN VALOR	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
659	07/06/2017	LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTE SALUDABLE ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	2.800.000,00		2.800.000,00	07/06/2017 HASTA 31/07/2017
725	01/08/2017	LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTE SALUDABLE ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2.066.666,00		2.066.666,00	01/08/2017 HASTA 13/09/2017
912	14/11/2017	LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICA AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTE SALUDABLE ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	2.240.000,00		2.240.000,00	14/11/2017 HASTA 31/12/2017
349	02/01/2018	LADY BRIGUET SANABRIA ARENAS	PRESTACION SERVICIOS COMO TECNICA AUXILIAR ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN L CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA SALUD SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS SOACHA .	7.250.000,00	2.900.000,00	10.150.000,00	02/01/2018 HASTA 31/07/2018
Los contratos suscritos se han ejecutado, con total autonomía y con solución de continuidad.							

Se expide a solicitud del interesado, a los Nueve (09) días del mes de Diciembre de 2019.

MIGUEL ÁNGEL LIÑEIRO COLMENARES
Asesor Jurídico
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas

Proyectó: Leticia Vanegas Garcia

Escaneado con CamScanner