Bogotá D.C.

Doctora.
MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS
Gerente.
Calle 9 No 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfonos7560505
Ciudad.

REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA

Nombre:

Perfil:

Respetada Doctora Martha Yolanda Ruiz Valdés reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que me sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente.



CC**:**

Dirección: Calle 24 sur 15g 03

E-mail: Karenyniko22@gmail.com

Teléfono: 7256786 Celular: 3242497991

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-dic-2022

Fecha Validación:30-dic-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CARDENAS	BELTRAN	NUBIA ESPERANZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52027948	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 4 MES MAY AÑO 1971

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 24 sur 15 G-03

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 7256786

EMAIL karenyniko@yahoo.es

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°. X	MES DICIEMBRE AÑO 1988

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	2018	20
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	2017	40
ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	2015	60
AUXILIAR DE FARMACIA Y DROGUERIA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	2003	1600
AUXILIAR DE ENFERMERIA	TECNIDENT	2000	2600

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
inglés		X			X			X	

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*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@sub.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 22 MES 2 AÑO 2022	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD	Diagonal 34 Nº 5 - 43

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contratacion@subredsur.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7300000	DIA 3 MES 9 AÑO 2018	DIA 31 MES 1 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE FARMACIA	SERVICIOS FARMACEUTICOS	carrera 20 # 47 b 35 sur

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contratacion@subrednorte.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3499080	DIA 2 MES 1 AÑO 2018	DIA 30 MES 4 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de Farmacia	Servicio Farmacéutico	Calle66 15-41

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-dic-2022

Fecha Validación:30-dic-2022

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*
HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7799800	DIA 31 MES 12 AÑO 2013	DIA 30 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIARDE ENFERMERIA Y AUXILIAR	SERVICIO FARMACÉUTICO, PAI, SALUD	CRA 77 I BIS #69 B 76 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 2 MES 5 AÑO 2011	DIA 28 MES 7 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD	Diagonal 34 Nº 5 - 43

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CRUZ ROJA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	A@A.COM

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
777777	DIA 12 MES 6 AÑO 2009	DIA 20 MES 4 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD	Av. Cra. 68 # 68 B -31

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-dic-2022

Fecha Validación:30-dic-2022

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*
AMBULANCIAS PRIMEROS AUXILIOS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	operaciones@apa.net.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8059292	DIA 30 MES 6 AÑO 2008	DIA 30 MES 6 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD	Cra. 32B #2 - 43

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*
Privada	2	0
Pública	4	10
Total	6	10

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-dic-2022

Fecha Validación:30-dic-2022

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. - 30-dic-2022
Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.027.948**

CARDENAS BELTRAN

APELLIDOS

NUBIA ESPERANZA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1971**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-JUL-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00718403-F-0052027948-20150702 **0044**54777A 1 2193451599

La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre
El Colegio Distrital
Bravo Páez

Jornada Nocturna
Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, Según
Resolución Nº 9223 del 26 de Octubre de 1976

Confiere a

Nubia Esperanza Cárdenas Beltrán

Identificado (a) con T. I. Nº 710504-03935 de Usme

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Rector

Secretario

Dado en _____ a _____ de _____ de 19__

Anotado al folio 66-C Libro de Registro Nº 91

Secretario de Educación

En Bogotá a 5 de Julio de 1991

Visual - Gráficas Colombia

ACTA DE GRADO

COLEGIO DISTRITAL BRAVO PAEZ

CALLE 37 SUR No. 23-51 TELEFONO 279 80 56

JORNADA NOCTURNA

Inscripcion S.E. 1912 DANE 111001-25210

En la ciudad de BOGOTA a los TRES (3) días del mes de DICIEMBRE del año 1988 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de COLEGIO DISTRITAL BRAVO PAEZ Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de BACHILLER EN LA MODALIDAD ACADEMICA Según Resolución No. 9223 del 26 de Octubre de 1.976

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

CARDENAS BELTRAN NUBIA ESPERANZA T.I. 710504-03933 Usme

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 23 de fecha Diciembre 3 de 1.988 que consta de 141 alumnos que comienza con el nombre de AHUMADA BUITRAGO ROSA ELENA y se cierra con el nombre de VARGAS DIAZ ANA LUCIA firmado y sellado por JESUS EVELIO GOMEZ GOMEZ (Rector) MARTHA LUCIA MONROY RODRIGUEZ (Secretario).

Dada en Bogotá a los 22 días del mes de Junio de 19 89

Firmado y Sellado

Por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

COLEGIO DISTRITAL BRAVO PAEZ JORNADA NOCTURNA SECRETARIA

El Rector o Director
C. C. No. 2.945.694 de Bogotá

El Secretario
C. C. No. 51.613.955 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO

y en su nombre

TECNIDENT

AREAS DE LA SALUD

INSTITUTO DE CAPACITACION EN AREAS DE LA SALUD

Con autorización oficial según Resolución No. 5178 del día 1o. de Noviembre de 1996 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., teniendo en cuenta que

Nubia Esperanza Cárdenas Beltrán

Con C.C. No. 52.027.948 expedida en Bogotá D.E.

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

Auxiliar de Enfermería

En constancia de lo anterior se expide el presente Certificado en la ciudad de Santa Fé de Bogotá, a los 14 días del mes de Julio del 2000

Director General

Director Académico

Secretario

TECNIDENT
AREAS DE LA SALUD

Las profesiones del presente
que aseguran su futuro

CERTIFICACION DE GRADO

LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNIDENT CON AUTORIZACION OFICIAL MEDIANTE RESOLUCION No 6178 del 1º de Noviembre de 1996, EMANADA DE LA S.E.D.C. y ACUERDOS EJECUTIVOS DE MINSALUD No.003 de 1993, 009 de 1995 y 014 de 1996

En la ciudad de Santafe de Bogotá, D.C., a los catorce (14) días del mes de julio del año dos mil (2000), se realizó la ceremonia de culminacion de estudios, presidida por el Señor DIRECTOR GENERAL. al Alumno (a) : **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN**, identificada con la Cédula de Ciudadania No. 52.027.948 de Bogotá D.E., de acuerdo al Reglamento Estudiantil de **TECNIDENT**, se le confirió el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Se expide la presente en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los catorce (14) días del mes de Julio del año dos mil (2000).

Atentamente,

CARLOS ORLANDO FERREIRA PINZON
Director General

Secretaria
SALUD
ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTA

AUG. 14 2000

Resolución No 004413 *de*
Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se refrenda un CERTIFICADO para 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) CARDENAS BELTRAN NUBIA ESPERANZA Identificado(a) con CC número 52027948 expedida en BOGOTA D,E solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO DE CAPACITACION TECNIDENT el día 14/07/2000 y registrado en el libro XX Folio XX año XX 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: Refrendar el CERTIFICADO que autoriza a CARDENAS BELTRAN NUBIA ESPERANZA identificado(a) con CC número 52027948 expedida en BOGOTA D,E para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los
Original Firmado
Hector Mario Restrepo Montoya

HECTOR MARIO RESTREPO MONTOYA
Director de Desarrollo de Servicios de Salud

AUG. 14 2000
Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 25-Agosto 20
El señor(a) Nubia Esperanza Cardenas
identificado con la C.C. 52.027.948. B
de la resolución No. 004413
expedida por la Secretaría Distrital de Salud
Nubia Esperanza Cardenas

LMRS

IMPRENTA DISTRITAL



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

NUBIA ESPERANZA
CARDENAS BELTRAN

C.C. 52027948

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 12/10/2011

Identificación Plastica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No **11332** *de* **26/09/2013**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CARDENAS BELTRAN NUBIA ESPERANZA Identificado(a) con CC número 52027948 expedida en BOGOTA D,E solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR DE DROGUERIA otorgado por EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA el día 03/10/2003.

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 CARDENAS BELTRAN NUBIA ESPERANZA identificado(a) con CC número 52027948 expedida en BOGOTA D,E para desempeñarse como AUXILIAR DE DROGUERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 26/09/2013

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.
Revisó Andrea Casas Vargas
Elaboró Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 18 - Octubre - 2013
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Nubia Esperanza Cárdenas Beltrán
CC. # 52'027 948 Bogotá
Firma Nubia Esperanza Cárdenas Beltrán

Cra 32 No 12-81
Tel 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info Línea 195

BOGOTÁ HUMANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

NUBIA ESPERANZA
CARDENAS BÈLTRAN
C.C. 52027948-

AUXILIAR DE DROGUERIA

Expedicion 18/10/2013

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar Registrarse Ayuda

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

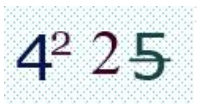
Tipo de Identificación * Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación * 52027948

Primer Nombre * Nubia

Primer Apellido * Cardenas

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6783

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2022-02-10→5:01:34 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	52027948	NUBIA	ESPERANZA	CARDENAS	BELTRAN	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 Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN identificado(a) con CC 52027948 registra La siguiente información:

2022-02-10→5:01:34 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de droguería	2013-09-26	11332	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2000-08-14	4413	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 52.027.948 de , realizó y aprobó el curso de ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS con una intensidad horaria de Sesenta (60) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de junio de dos mil quince (2015)

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

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 52.027.948 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, al primer(1) día del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

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

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS

CERTIFICA

Que NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 52.027.948 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de SOPORTE VITAL BASICO con una intensidad horaria de Veinte (20) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de febrero de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
ENRIQUE ROMERO CONTRERAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ENRIQUE ROMERO CONTRERAS
Subdirector (E) CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SENA: Una Organización con Conocimiento

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 núm
9405001582562CC52027948E.

STAR LIFE

CAPACITACION Y ASESORIAS EN EMERGENCIAS
VENTA DE EQUIPOS, DOTACIONES PARAMEDICAS
NIT 80210513-9 / REGISTRO MATRICULA Nro. 1255811

Bogota D.C. 13 de Julio del 2013 AG-BTLS 0068/013

ACTA DE GRADO

El representante legal de " **STAR LIFE COLOMBIA " DOTACIONES PARAMEDICAS, ACCESORIOS Y CAPACITACIONES,** junto a su equipo de trabajo y encargados del area de capacitación y entrenamiento, certifican que **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN** identificado con **CC.52.027.948, CURSO y APROBO** satisfactoriamente el modulo de entrenamiento en **SOPORTE VITAL BASICO EN TRAUMA PRE-HOSPITALARIO (BTLS)** dictado en la ciudad de Bogota D.C con fecha de finalización el Domingo 7 de Julio de 2013 cumpliendo con las 40 Horas de entrenamiento teorico-practico, según anotación en el folio 9 del libro registro de capacitaciones con fecha de vencimiento el 7 de Julio del 2015.

En constancia se firma en Bogota D.C a solicitud del interesado a los 13 dias del mes de Julio del 2013.

STAR LIFE
CAPACITACION EN EMERGENCIAS
VENTA DE EQUIPOS
NIT 80210513-9

EDWIN A. RODRIGUEZ
DIRECTOR GENERAL
INSTRUCTOR

Bogota: Cll 60 sur Nro. 78 – 70 Blq 8 - 401 Tel 7824089 Cel: 321-4840135
Melgar Tolima: Cll 3 Nro. 36 – 79 Sicomoro Cel: 321 – 4500064
dpastar@latinmail.com – fireangel_ear@hotmail.com

CED

CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATTE

MATRICULA: 03036909

EDUCATTE

CERTIFICA

QUE NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN

CC. 52.027.948 De Bogotá

CURSO Y PARTICIPO (50 HORAS) SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS ESTABLECIDOS PARA EL

CURSO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO

Taller práctico realizado el 29 de Noviembre de 2019; curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 4904 de 16 de enero de 2009 en su Art. 5, 8 y la resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014 acreditando 50 horas de educación informal con una validez de 2 años

Centro de Estudios Educativos CED Dirección Matrícula No. 03036909

CRISTEL VILLALOBOS

CRISTEL VILLALOBOS
DIRECTORA

Centro de Estudios Educativos CED Dirección Matrícula No. 03036909

ANGELA VILLALOBOS

ANGELA VILLALOBOS
ENFERMERA PROFESIONAL RUN: 39900

CORREO: estudioseducate@hotmail.com WhatsApp: 311 803 23 26

cED

CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATTE

MATRICULA: 03036909

CERTIFICA

QUE NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN

CC. 52.027.948 De Bogotá

CURSO Y PARTICIPO (60 HORAS) SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS ESTABLECIDOS PARA EL

CURSO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL – CODIGO BLANCO

Taller práctico realizado el 29 de noviembre de 2019; curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 4904 de 16 de enero de 2009 en su Art. 5, 8 y la resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014 acreditando 60 horas de educación informal con una validez de 2 años

Centro de Estudios Educatte CED Dirección Matrícula No. 03036909

CRISTEL VILLALOBOS
DIRECTORA

Centro de Estudios Educatte CED Dirección Matrícula No. 03036909

ANGELA VILLALOBOS
ENFERMERA PROFESIONAL RUN: 39900

CORREO: estudioseducate@hotmail.com WhatsApp: 311 803 23 26

TECNIDENT
AREAS DE LA SALUD

Las profesiones del presente
que aseguran su futuro

CERTIFICACION DE GRADO

LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNIDENT CON AUTORIZACION OFICIAL MEDIANTE RESOLUCIÓN No.6178 del 1º de Noviembre de 1996, EMANADA DE LA S.E.D.C. y ACUERDOS EJECUTIVOS DE MINSALUD No.003 de 1993, 009 de 1995 y 014 de 1995

En la ciudad de Santafe de Bogotá, D.C., a los catorce (14) días del mes de julio del año dos mil (2000), se realizó la ceremonia de culminación de estudios, presidida por el Señor DIRECTOR GENERAL. A Alumna (a) : **MUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.027.948 de Bogotá D.C., de acuerdo al Reglamento Estudiantil de **TECNIDENT**, se le confirió el Certificado de Aptitud Ocupacional en :

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Se expide la presente en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los catorce (14) días del mes de Julio del año dos mil (2000).

Atentamente,

CARLOS ORLANDO HERRERA PINZON
Director General

SENA

Regional Bogotá - Cundinamarca

ACTA DE GRADO

No. y FECHA DE REGISTRO SGC2003CC00589 03/10/2003

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN** identificada con la Cédula de Ciudadanía No.52.027.948 de Bogota de

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL

AUXILIAR DE FARMACIA Y DROGUERIA

REGISTRO No.SGC2003CC00589

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogota D. C. a los Tres (3) días del mes de Octubre de Dos Mil Tres (2003)

JAIME GARCIA DI-MOTOLI
JEFE DE CENTRO
CENTRO SERVICIOS A LA SALUD

FS-030

Ministerio de La Protección Social
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE.

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONFIERE A

NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN

CC.52.027.948

CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL

AUXILIAR DE FARMACIA Y DROGUERIA

JAIME GARCIA DI-MOTOLI
JEFE DE CENTRO

Bogota D. C., 3 de Octubre de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

SERVICIOS A LA SALUD
CENTRO DE FORMACION

SGC2003CC00589 03/10/2003
No Y FECHA DE REGISTRO

Regional Bogotá - Cundinamarca

ACTA DE GRADO
No. y FECHA DE REGISTRO SGC2003CC00589 03/10/2003

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN** identificada con la Cédula de Ciudadanía No.52.027.948 de Bogota de

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL

AUXILIAR DE FARMACIA Y DROGUERIA

REGISTRO No.SGC2003CC00589

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogota D. C. a los Tres (3) días del mes de Octubre de Dos Mil Tres (2003)

JAIME GARCIA DI-MOTOLI
JEFE DE CENTRO
CENTRO SERVICIOS A LA SALUD

FS-030

Ministerio de La Protección Social
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

CED

CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATTE

MATRICULA: 03036909

EDUCATTE

CERTIFICA

QUE NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN

CC. 52.027.948 De Bogotá

CURSO Y PARTICIPO (50 HORAS) SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS ESTABLECIDOS PARA EL

CURSO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO

Taller práctico realizado el 29 de Noviembre de 2019; curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 4904 de 16 de enero de 2009 en su Art. 5, 8 y la resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014 acreditando 50 horas de educación informal con una validez de 2 años

Centro de Estudios Educatte CED Dirección Matrícula No. 03036909

CRISTEL VILLALOBOS

CRISTEL VILLALOBOS
DIRECTORA

Centro de Estudios Educatte CED Dirección Matrícula No. 03036909

ANGELA VILLALOBOS
ENFERMERA PROFESIONAL RUN: 39900

CORREO: estudioseducate@hotmail.com WhatsApp: 311 803 23 26

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN

Con Cedula de Ciudadania No. 52.027.948

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, al primer(1) día del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

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

48035052 - 01/11/2017
FECHA REGISTRO

enticidad 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
)1547775CC52027948C.

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS

CERTIFICA

Que NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 52.027.948 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de SOPORTE VITAL BASICO con una intensidad horaria de Veinte (20) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de febrero de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
ENRIQUE ROMERO CONTRERAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ENRIQUE ROMERO CONTRERAS
Subdirector (E) CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SENA: Una Organización con Conocimiento

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 9405001582562CC52027948E.

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 52.027.948 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, al primer(1) día del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

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

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 52.027.948 de , realizó y aprobó el curso de ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS con una intensidad horaria de Sesenta (60) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de junio de dos mil quince (2015)

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

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRÁN

C.C.52027948

participó en el curso virtual:

Vacunación contra el COVID-19 para personal vacunador

Primer semestre año 2021
Con una intensidad horaria de 10 horas
Bogotá

a Q K 8 R Y I A O b

CDEIS

Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

BRECCIA

Locatel
Todo en Salud y Bienestar

BRECCIA SALUD SAS
NIT 900.138.858-0

CERTIFICA

Que el (la) Señor(a) **CARDENAS BELTRAN NUBIA ESPERANZA** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 52.027.948 laboró en nuestra empresa desde el 09 de Agosto de 2017 hasta el 05 de Octubre de 2017, desempeñando el cargo de **ASISTENTE INTEGRAL DE SERVICIOS (AIS) EN EQUIPOS MEDICOS** con una asignación salarial de ochocientos treinta y cuatro mil seiscientos pesos M/cte ($834.600) mensuales, su contrato fue a **Término Indefinido.**

Esta certificación se expide a solicitud del(a) interesado(a) a los catorce (14) días del mes de Octubre de 2017.

Cordialmente,

BRECCIA GROUP
BRECCIA SALUD S.A.S.
NIT. 900.138.858-0
RECURSOS HUMANOS

Luis Armando Rosas R.
Gestión Humana
Breccia Salud SAS

BRECCIA
Calle 21 No. 68 D - 60
5082222 extensión 1530
rhumanos.breccia@locatelcolombia.com

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO - OPS
DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 800.219.600-3

HACE CONSTAR:

Que entre el HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO y el (la) señor (a) **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **52.027.948,** se celebró la Orden de Prestación de Servicios No. **2854/2013**, con fecha de inicio 08 de Noviembre de 2013 hasta el 31 de Diciembre de 2013, con la orden de prestación de servicios No. **329/2014** con fecha de inicio 02 de Enero de 2014, como **AUXILIAR DE FARMACIA** por un valor mensual de **UN MILLON CIENTO VEINTE MIL PESOS M/CTE. ($1.120.000);** no existiendo vínculo laboral entre el Hospital y la persona mencionada

Se expide la presente constancia en Bogotá, a los treinta (30) días del mes de Mayo de 2014.

LIZY ZAPATA MUÑOZ
Abogada

Copia. Archivo Reviso: mln Elaboro: fjqh

Carrera 77I Bis No 69B - 76 Sur
Barrio Pablo VI Bosa
PBX:7799800
www.hospitalpablovibosa.gov.co
correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co

HOSPITAL PABLO VI BOSA
Empresa Social del Estado
Responsabilidad Social con la Localidad de Bosa

BOGOTÁ HUMANA

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 4031

OBJETO:	Prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución en las diferentes áreas.
CONTRATANTE:	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.
CONTRATISTA:	NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN
CÉDULA:	52.027.948
VALOR TOTAL:	$800.000
DURACION:	A partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución y hasta 31/12/2014 o hasta agotar la reserva presupuestal.

Entre los suscritos a saber, **GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN**, domiciliada y residente en esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 51.921.553 de Bogotá, actuando en nombre y representación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL**, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No. 214 de 08 de mayo de 2012 y como tal facultada para celebrar la presente orden de prestación de servicios de conformidad con el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA, por una parte y por la otra **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN**, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denomina el CONTRATISTA, En ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar la presente Orden de Prestación de Servicios que se rige por lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993 y conforme al Acuerdo 000 de 2001 – Manual de Contratación Hospital Pablo VI Bosa ESE, sus acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO**: a) Que a fin de dar cumplimiento en forma integral, oportuna, eficiente y continua a la prestación de servicio de salud, en el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E. y de acuerdo a los parámetros establecidos mediante circular de la misma Contraloría General de la Nación respecto de la nacionalización y control fiscal en los contratos de prestación de servicios, existe certificación del Líder de Proyecto Unidad Funcional de Talento Humano de la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. b) Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. c) Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del contratista, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del contratista.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente texto jurídico: **CLÁUSULA: PRIMERA.- OBJETO**. Prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución en las diferentes áreas. **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA se obliga para con el HOSPITAL a realizar las siguientes actividades: **Generales**. Desarrollar actividades de Salud Pública enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación ejecución verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos institucionales así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar actividades a nivel auxiliar de enfermería en atención de individuos, familia y comunidad y/o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar desarrollo logístico con calidad y oportunidades en el área de enfermería. **Específicas**. 1. Realizar actividades de auxiliar de enfermería asignadas de acuerdo a los programas y planes de acción de la institución. 2. Educar al individuo, familia y comunidad en los aspectos de prevención, promoción, tratamiento de los principales problemas de salud que afectan la población del área de influencia. 3. Realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario teniendo en cuenta normas técnicas y administrativas. 4. Reclamar y entregar historias clínicas a Estadística. 5. Distribuir las historias clínicas en cada consultorio. 6. Administrar medicamentos de acuerdo con la prescripción médica y la asignación de la Enfermera Jefe. 7. Entrevistar y preparar al paciente de acuerdo a la consulta e impartiendo la educación requerida. 8. Mantener sus respectivos servicios en orden y estricta limpieza. 9. Esterilizar, preparar y responder por el material, equipos y elementos a su cargo. 10. Administrar la dieta prescrita al paciente de acuerdo a normas técnico-científicas. 11. Desarrollar las actividades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de acuerdo a las normas técnico-administrativas vigentes. 12. Realizar el registro diario y consolidado

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA ASESORA JURIDICA DE LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos que se encuentran en el área de Contratación, se constata que **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN**, identificada con cedula de ciudadanía N° **52.027.948 de Bogotá**, suscribió con la ESE San Cristóbal las siguientes Órdenes de Prestación de Servicios:

N° Contrato	Valor	Fecha inicio	Plazo
1328-2013	$ 1.948.800	13/08/2013	UN MES(01) Y DIECIOCHO (18) DIAS
Objeto: APOYO Y SOPORTE COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCION DE LA ESE DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES CONVENIDAS A REALIZAR DENTRO DEL MES			

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y prestación de los servicios contratados

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C. el día 25 de octubre de 2013.

Cordialmente,

Virmary Angela ORTIZ HERRERA
Asesora Jurídica
ESE San Cristóbal

Elaboro: Armando Copete R-Tecnico Area Juridica

El ASESOR JURIDICO DEL HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL DE ATENCIÓN - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HACE CONSTAR

Que en el archivo del Hospital reposan los Contratos de Prestación de Servicios, con sus antecedentes que se relacionan a continuación suscritos con **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN** con cédula de ciudadanía No.52,027,948 de Bogotá así:

CONTRATO Nos.PP313/11

Objeto: Prestar servicios independientes como **AUXILIAR DE ENFERMERA**

Duración total:VEINTI NUEVE DIAS CALENDARIO Y DOS MESES a partir del 02 de mayo de 2011

Valor total de la contratación: $ 3,204,000.oo

La presente certificación, se expide a solicitud de la interesada a los 14 días del mes de mayo de 2012.

GINNA PAOLA SABOGAL REYES
ASESOR JURIDICO (e)

SEGURO SOCIAL

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
CLINICA CARLOS LLERAS RESTREPO ISS

HACE CONSTAR :

Que **CARDENAS BELTRAN NUBIA ESPERANZA** con cédula de ciudadanía 52,027,948, ha celebrado diversos Contratos de Prestación de Servicios con la Clínica Carlos Lleras Restrepo ISS desde el 29/06/01, y el último contrato, el 089 del 01/03/02, como **AUX. SERV. ASIST. ENFERMERIA CLINICA** con honorarios mensuales de **$972,020** Mcte tuvo vigencia hasta el 30 de noviembre del 2002.

Se expide por solicitud del interesado en Bogotá, D.C. el 4 de diciembre de 2002.

Atentamente,

PEDRO ARISTIZABAL ALZATE

Blanca Lucy

z a b a l a
& Consultores Asociados Ltda.
.a.

J.A ZABALA & CONSULTORES ASOCIADOS S.A.S
NIT: 830.050.919-8

CERTIFICA QUE:

La señora **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN** identificada con cédula de ciudadanía No. CC. 52.027.948, se desempeña como Cogestor Social Técnico en el municipio de Soacha para la Estrategia "Red Unidos" mediante contrato de prestación de servicios desde el 1 de Junio de 2012 el cual tiene vigencia de 1 año. Actualmente devenga unos honorarios mensuales de UN MILLÓN TREINTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE. ($ 1.038.000).

La información aquí registrada fue tomada de la hoja de vida del contratista.

La anterior certificación se expide en Bogotá D.C., a los veintinueve (29) días del mes de Abril de 2013, por solicitud de la interesada.

Atentamente,

LAURA XIMENA GUERRERO RODRIGUEZ
Coordinador General
Microrregión 25 Red Unidos

ELABORO: AMP

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital San Cristóbal

Bogotá. 13 de Agosto de 2013

Doctor
JORGE ARTURO LEMUZ
Director Cárcel Distrital
Bogotá

Asunto: Solicitud autorización ingreso.

Cordial Saludo

Solicito amablemente se autorice el ingreso a la UBA cárcel distrital, de la auxiliar de Enfermeria que menciono a continuación quien estará prestando sus servicio a partir de la fecha en la UBA Cárcel, por parte del Hospital San Cristóbal en reemplazo de la Auxiliar de Enfermeria Patricia Rigueros.

NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN C.C: 52.027.948

Agradezco la atención prestada.

Atentamente,

Andrea González
C.C. 52.735.762
Enfermera Especialista
en Gerencia y Auditoria

ANDREA GONZÁLEZ
Responsable UPA Primero de Mayo y UBA Cárcel Distrital

Proyectó: Andrea GONZÁLEZ/ Responsable UPA Primero de Mayo y UBA Cárcel Distrital
Elaboró: Andrea GONZÁLEZ/ Responsable UPA Primero de Mayo y UBA Cárcel Distrital
Aprobó: Andrea GONZÁLEZ/ Responsable UPA Primero de Mayo y UBA Cárcel Distrital

SEGURO SOCIAL

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
CLINICA CARLOS LLERAS RESTREPO ISS

HACE CONSTAR :

Que **CARDENAS BELTRAN NUBIA ESPERANZA** con cédula de ciudadanía 52,027,948**,** ha celebrado diversos Contratos de Prestación de Servicios con la Clínica Carlos Lleras Restrepo ISS desde el 29/06/01, y el último contrato, el 089 del 01/03/02, como **AUX. SERV. ASIST. ENFERMERIA CLINICA** con honorarios mensuales de **$972,020** Mcte tuvo vigencia hasta el 30 de noviembre del 2002.

Se expide por solicitud del interesado en Bogotá, D.C. el 4 de diciembre de 2002.

Atentamente,

PEDRO ARISTIZABAL ALZATE

Blanca Lucy

CLINICA CARLOS LLERAS RESTREPO
Carrera 13, 28-44 Sur Teléfono 2725281 - 3618302 - FAX 2090990
Bogotá, D.C.

ALCALDIA MUNICIPAL DE
SOACHA

Carrera 7ª 11-50 Soacha
PBX: 5 752830 40 40
www.alcaldiasoacha.gov.co
E-mail: secsalud@alcaldiasoacha.gov.co

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD (E) DEL MUNICIPIO DE SOACHA

C E R T I F I C A

Que la señora NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN, identificada con cédula de Ciudadanía No. 52.027.948 de Bogotá, participó en las jornadas de vacunación del Municipio durante el año 2006, como registradora.

La presente certificación se expide a los seis (6) días del mes de marzo de dos mil siete (2007), a solicitud de la interesada.

JORGE MARIO MOYA HERRERA
Secretario de Salud (E)

Ministerio de Defensa Nacional
Defensa Civil Colombiana
Dirección Seccional Bogotá
JUNTA CIUDAD JARDIN DEL SUR
P. J. Res. 179 de 1.972 NIT 800166052-8

Libertad y Orden

GRUPO ESPECIALIZADO EN CONTROL Y MANEJO DE EVENTOS MASIVOS

CONSTANCIA

El suscrito presidente de la Junta de Defensa Civil del Barrio Ciudad Jardín del sur, en calidad de Representante Legal de la Corporación, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, en especial las establecidas en el artículo 99 de la Resolución 870 de 2011, hace constar que **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN** con Cedula **Nº 52.027.948** de Bogotá, es socorrista voluntario de la Junta Santa María del Lago y que desde agosto de 2011 ha desempeñado las labores de prestador de primeros auxilios y atención pre- hospitalaria.

Dado en Bogotá, a los 2 días del mes de abril de 2012

Cordialmente:

CARLOS E. RINCON HORTUA
Representante Legal JDC Ciudad Jardín del Sur

"LISTOS EN PAZ O EMERGENCIA"

"Es mejor estar preparados para algo que tal vez no suceda, a que suceda algo para lo cual no estábamos preparados"

Carrera 11 A No 17 – 34 Sur Bogotá, D.C.
TEL. 4076342 - 5663128 – Avantel 350.5585617
dccciudadjardin@yahoo.com

Prosperidad para todos

CONGREGACION HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION
NIT: 860.006.745-6

LA SUSCRITA JEFE DE RECURSO HUMANO DEL CENTRO FEMENINO ESPECIAL JOSE JOAQUIN VARGAS

CERTIFICA

Que la señorita **NUVIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.027.948 de Bogotá, ingresa a laborar el día 2 de Mayo de 2011, desempeñándose como **AUXILIAR DE PROTECCION.**

Lo anterior para que pueda abrir cuenta de nomina.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los Veinte y seis (26) días del mes de Abril de 2011.

Cordialmente,

HERMANA EDITH E. LARA B.
Jefe de Recurso Humano

ALCALDIA MUNICIPAL DE
SOACHA

Calle 13 No.7-30
PBX: 5770540 Ext. 133
DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
www.alcaldiasoacha.gov.co
NIT 800094755-7

D.R.H. 0217-07

Soacha, 9 de marzo de 2007

LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE RECURSOS HUMANOS

C E R T I F I C A

Que la señora NUBIA ESPERANZA CÁRDENAS BELTRÁN identificada con la cédula de ciudadanía 52.027.948 de Bogotá D.E., realizó actividades así:

- *Orden de Prestación de Servicios 092, comprendida entre el 27 de enero y el 26 de diciembre de 2006, como Promotor de Salud en el programa P.A.B. Secretaría de Salud, con unos honorarios mensuales de Setecientos cincuenta mil pesos mcte. ($750.000).*

Se expide a solicitud de la interesada.

GLORIA EUGENIA PRIETO DUEÑAS

Elaboró: Hernández O.
Revisó: Martha L.

Elegir Salud S.A.
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

EL SUSCRITO GERENTE DE
ELEGIR SALUD S.A.
NIT. 830.023.244-0

CERTIFICA:

Que *NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN*, identificada con Cedula de Ciudadanía No. **52.027.948** de **Bogotá**, participó en las Jornadas de Vacunación realizadas en esta Institución Prestadora de Servicios, durante el año 2005.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada, a los siete (07) días del mes de marzo de dos mil siete (2.007)

Atentamente,

IVAN MAURICIO MORENO ESCOBAR
CC, 79.115.082 de Bogotá

AMBULANCIAS
Primeros Auxilios

Bogotá, D.C.; 30 de Junio de 2010.

CERTIFICACION:

Certificamos que la señorita **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN, identificada con C.C. No. 52.027.948 de Bogotá**; laboró en esta Compañía POR PRESTACION DE SERVICIOS desde el mes de Junio de 2008 hasta Junio 30 de 2010 como auxiliar de enfermería; que durante este tiempo demostró ser una persona honrada, capaz, responsable y cumplidora de sus deberes; por lo que me permito recomendarla ampliamente en cualquier labor que se le encomiende.

Se expide a solicitud de la interesada.

Para mayor información comunicarse al 2 77 09 77.

Atentamente;

JUAN P. HERNANDEZ G.
Administrador.

Carrera 32B Nº 2-43
Teléfonos: 277 0977 - 566 4431
Bogotá, D.C., Colombia
www.apa-ltda.com.co
ambulanciasprimerosauxilios@yahoo.com

SECRETARIA DE EDUCACION DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL CARLOS ALBAN HOLGUIN
Resolución de Reconocimiento Oficial No. 7453 de Nov. 13 de 1998 de Secretaría de Educación de Santafe de Bogotá, D.C.
En sus Niveles Pre-escolar, Básica Primaria y Básica Secundaria
NIT. 11100104340
Código DANE No. 11100102902

Jornada Mañana - Localidad 7 Bosa

LA SUSCRITA DIRECTORA DEL CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL CARLOS ALBAN HOLGUIN JORNADA MAÑANA

HACE CONSTAR:

Que la Señor(a) **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN**, con C.C. No 52.027.948 de Bogotá Auxiliar de Servicios Asistenciales de Enfermería, **REALIZÓ** en esta Institución a satisfacción la Campaña de Promoción y Prevención Cardiovascular y Antiparasitaría dirigido a los docentes y administrativos.

Bogotá D.C., a los VEINTE (20) días del mes de Marzo de 2001.

GLADYS MAUREN MARTINEZ
Directora Jornada Mañana

ALCALDIA MAYOR DE SANTAFE DE BOGOTA
SECRETARIA DE EDUCACION
Centro de Educación Diversificada Distrital
CEDID "SAN PABLO BOSA"

LA SUSCRITA COORDINADORA ACADEMICA
DEL CEDID SAN PABLO BOSA

HACE CONSTAR:

Que: La Señora ***NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRÁN***, identificada con la C.C. Nº 52.027.948 de Bogotá, Auxiliar de Servicios Asistenciales de Enfermería, ***realizó*** en esta Institución a satisfacción la Campaña de Promoción y Prevención Cardiovascular y Antiparasitaria dirigido a los Docentes y Administrativos.

Dada a petición de la interesada a los VEINTINUEVE (29) días del mes de MARZO del año DOS MIL UNO.

Cordialmente,

Centro de Enseñanza Diversificada Distrital
COORDINACION ALUMNOS

LIGIA MORALES BELTRÁN
Coordinadora Académica
Jornada Mañana

Digitó: Elizabeth S.

COLEGIO DE BACHILLERATO DEL NIÑO JESUS

(COLEGIO DEL NIÑO JESUS - SOACHA)

APROBACION OFICIAL A LOS GRADOS 6º, 7º, 8º Y 9º DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA Y 10º Y 11º DE MEDIA VOCACIONAL MODALIDAD ACADEMICA Nº 000762 DEL 30 DE AGOSTO 1999
CODIGO ICFES 059931

CALLE 11 No. 5-81 - TEL: 721 12 87 - SOACHA - CUNDINAMARCA

LA SUSCRITA RECTORA DEL

Colegio de Bachillerato del Niño Jesús

Soacha Cundinamarca

HACE CONSTAR

Que la señora **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN**, con documento de identidad **Nº 52.027.948 de Bogotá**, realizó a satisfacción la campaña cardiovascular a nivel de docentes y personal administrativo de esta institución, en el mes de Mayo del presente año.

Se expide a solicitud del interesado y para constancia se firma en Soacha, Cundinamarca a los treinta y uno (31) dias del mes de mayo de dos mil y uno (2001).

COLEGIO BACHILLERATO NIÑO JESUS - SOACHA Martha Rojas de Solórzano

MARTHA ROJAS DE SOLÓRZANO.
Rectora

mca.

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 jueves 08 de diciembre de 2022, a las 22:44:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52027948
Código de Verificación	52027948221208224416

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciu

Número Identificación: 52027948

¿ Cuanto es 6 + 2 ? 8

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 52027948.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, diciembre 08, 2022 - Hora de consulta: 22:49:09

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

Privacidad - Términos

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

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 8356342

Bogotá D.C., 8 de Diciembre de 2022 - 22:50 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) **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO** de BOGOTA D.C.

52027948

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:

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 238 - Ley 1954 de 2019).

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. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la últma sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:53:12 PM horas del 08/12/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52027948**
Apellidos y Nombres: **CARDENAS BELTRAN NUBIA ESPERANZA**

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: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

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, 08/12/2022 10:57:01 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52027948 .**

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. **48159549** . 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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

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

Fecha:29/12/2022

CONTRIBUYENTE	C.C. 52027948	NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 24 SUR 15 G 03 Teléfonos: 3118579959

Dirección electrónica: karenyniko@yahoo.es Ciudad: SOACHA Municipio: CUNDINAMARCA

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 03/04/2021

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 03/04/2021 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 3: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Fuente: RIT-SHD

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 Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-dic-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 52027948 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Soacha

Dirección calle 24 sur 15 G-03 **Teléfonos** 3242497991 7256786

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
KAREN ALEXANDRA GONZALEZ CARDENAS	1010228599	Hijo(a)
KEVIN NICOLAS ZAMBRANO CARDENAS	1018414886	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Cuenta de ahorros	22144164478	SOACHA	$ 15.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCOLOMBIA	CREDITO	$ 1.600.000,00

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 Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-dic-2022

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JOSE ERNESTO GONZALEZ CORTES	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	19316576

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

BOGOTÁ D.C. 29-dic-2022

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO SARLAFT**	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	27/12/2018	
		Código:	18-02-FO-0011	

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

FECHA:	2022-12-20	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCAX

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, 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 LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
CARDENAS	BELTRAN	NUBIA	ESPERANZA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52027948	BOGOTA D.C.	1989-07-31
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1971-05-04	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) CASADO DIVORCIADO(A) UNION LIBRE X VIUDO(A)	1	2	3242497991

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 24 SUR 15G 03	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	6017256786

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
karenyniko22@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADO

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GONZALEZ	CORTES	JOSE	ERNESTO

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	19316576	BOGOTA	1977-01-25	
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X	NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI			SI	NO	8692	8699
	NO	X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA: X

GRAN CONTRIBUYENTE			AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO			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	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA							# NIT	
	GOBIERNO		SERVICIOS		SALUD	X		900.959.048-4

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA NANCIERA ANSPORTE NOLOGIA MENTOS MI AMENTOS

OTRA CUAL:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO SARLAFT**	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	27/12/2018	
		Código:	18-02-FO-0011	

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 9 39-46	6017560505	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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
GONZALEZ	**CARDENAS**	**KAREN**	**ALEXANDRA**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 24 SUR 15G 03	**SOACHA**	**HIJA**	**3118579959**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	**AHORROS**	**221-441644-78**	**SOACHA**	**8400023**

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI | **NO** [X]

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:

IMPORTACI ☐ EXPORTACIO ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ TRA ☐

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 SUR OCCIDENTE 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 SUR OCCIDENTE ESE** 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 de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE 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 SUR OCCIDENTE ESE** a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.**

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.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y 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 Rit Distrital.
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 Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la 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 procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit. 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No. 39-46 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

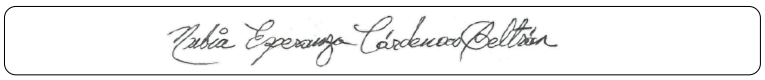
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la 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 accederé 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 términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la 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 derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia 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 ESE 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 capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 9 No. 39-46, Bogotá, Teléfono 7560505 Ext. 1601)*** 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

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 Índice Derecho

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14749746260

(415)7707212489984(8020) 000001474974626 0

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARDENAS	BELTRAN	NUBIA	ESPERANZA

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 24 SUR 15 G 03 BRR PASEO REAL

42. Correo electrónico: karenyniko@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 3 2 9 4 8 8	3 1 7 2 7 4 8 2 1 4

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 2	2 0 0 5 0 6 0 8	8 6 9 9	2 0 1 3 1 0 3 1	8 2 9 9			5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 2021 - 03 - 26 / 12 : 52: 20

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 CARDENAS BELTRAN NUBIA ESPERANZA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Bogotá D.C.,

PARA: MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS – Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - Contratante

DE: Nubia Esperanza Cardenas Beltran - 52027948
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo Nubia Esperanza Cardenas Beltran, identificado(a) con la C.C. No. 52027948 de Bogota, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

PRIMERO: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

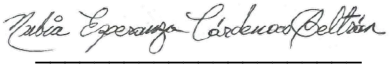
SEGUNDO: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales:

TIPO DE FORMACION (FORMAL O INFORMAL)	TITULO O CERTIFICACION OBTENIDA	FECHA DE EXPEDICION (DIA,MES, AÑO)	ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DIA,MES, AÑO)
Formal	Auxiliar de enfermeria	14 Julio 2000	Tecnident	
Formal	Auxiliar de Farmacia	03 Octubre 2010	SENA	

TERCERO: Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.

FIRMA 
C.C. No. 52027948
TELEFONO 3242497991
DIRECCION calle 24 sur 15 g 03 BARRIO Compartir paseo real
E-MAIL Karenyniko22@gmail.com

Colombia Compra Eficiente

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

Nubia Esperanza Cardenas Beltran, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

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

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

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días (10) del mes de (12) de 2022.



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

Nombre: Nubia Esperanza Cardenas Beltran

Documento de Identidad: 52027948

Colombia Compra Eficiente

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

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

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
85101601	Auxiliar de enfermería	30/04/2021	31/10/2021	13.808.972	Singular	Publico	Subred Centro Oriente
85121902	Auxiliar de farmacia	24/05/2021	30/11/2021	12.984.455	Singular	Publico	Subred Sur Occidente
85121902	Auxiliar de farmacia	02/01/2019	31/01/2020	18.772.278	Singular	Publico	Subred Sur
85101601	Auxiliar de Enfermeria	22/02/2022	31/01/2023	24.270.594	Singular	Publico	Subred Sur Occidente

GOBIERNO DE COLOMBIA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Tel. (+57 1) 795 6600 • Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 17 • Bogotá - Colombia

www.colombiacompra.gov.co

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN identificado(a) con CC 52027948 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	26/05/2011
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	BIENESTAR IPS SAS SOACHA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 29 días del mes de diciembre del año 2022.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52027948,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de diciembre de 2022.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Medellín, 29 de diciembre de 2022

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN identificado(a) con cédula de ciudadanía 52027948 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 24/02/2022 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C520279482236362986

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 29/12/2022 5.29 PM

Certificado
Bancario

Jueves, 29 de diciembre de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN identificado(a) con CC 52027948, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	22144164478	2008/09/01	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral: INGRESO - SALUD



Fecha: 11/Feb/2022, **Hora:** 02:49:12 p.m.
Apellido: CARDENAS BELTRAN **Nombre:** NUBIA ESPERANZA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 52027948
Empresa: Particular
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Direccion: CALLE 24 SUR N 15G-03
Telefono: **Celular:** 3242497991 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Soacha- cundinamarca

HC: # 36874
Edad: 50 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 04/May/1971
Rh: O+

Examenes Realizados
Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular

Concepto
Apto con recomendaciones

Recomendaciones
Uso adecuado de EPP
Emplear Pausas Activas
Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo
Otras: *MANTENER MEDIDAS PARA PREVENIR CONTAGIO DE COVID 19 DURANTE LA JORNADA LABORAL Y MEDIOS DE TRANSPORTE.
*ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA, MANTENER CUIDADOS Y DESINFECCIÓN EN CASA.
* USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
* DIETA BALANCEADA: BAJA EN CALORÍAS, GRASAS Y HARINAS. EJERCICIO CARDIOVASCULAR 45 MINUTOS MÍNIMO 3 VECES POR SEMANAS.
* MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLES.VALORACION Y SEGUIMIENTO POR NUTRICIONISTA EN SU EPS.
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones
*PACIENTE QUE, A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo, la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto www.servirips.com. el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .

Tatiana Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 8526/2015
LIC.S.O. 3594/2016

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

Nubia Esperanza Cardenas B.

NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN
CC 52027948

Huella Digital

Verificar la autenticidad del certificado en https://www.servirips.com/

Cra. 9 No. 12ª - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010814400

Fecha de generación del carné: viernes, 30 de diciembre de 2022 11:42 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52027948
Nombres y Apellidos	NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN
Fecha de nacimiento:	04/05/1971

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				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	27/11/2015	Fiebre Amarilla	K5435	
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	30/10/2014	Engerix B Adultos		
	Segunda dosis	25/11/2015	Engerix B Adultos		
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010814400

Fecha de generación del carné: viernes, 30 de diciembre de 2022 11:42 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52027948
Nombres y Apellidos	NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN
Fecha de nacimiento:	04/05/1971

Hepatitis B segundo esquema	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	03/06/2022	GC FLU	V50222003	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - GRUPO EXTRAMURAL
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	24/01/2019	Sarampión -Rubéola	01281300Z	UPA CANDELARIA LA NUEVA
Td	Primera dosis	16/07/2005	Tetavax		
	Segunda dosis	29/10/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1009E	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - CAMI PABLO VI BOSA
	Tercera dosis	10/12/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	D2273	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - GRUPO EXTRAMURAL
	Cuarta dosis	30/11/2017	Toxoide Tetánico y diftérico	D2300 - 31 OCTUBRE 2018	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - CAMI PABLO VI BOSA
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010814400

Fecha de generación del carné: viernes, 30 de diciembre de 2022 11:42 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52027948
Nombres y Apellidos	NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN
Fecha de nacimiento:	04/05/1971

Varicela	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

52027948

Fecha nacimiento / Date of birth

04/05/1971

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3242497991

Correo electrónico / e-mail

karenyniko@yahoo.es

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda	Refuerzo

Lote / Vaccine Batch

FA5843	EY0585	940875

Vacuna / Vaccine

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	MODERNA SWITZERLAND GMBH

Centro vacunador / Administering Center

UPREC UNIDAD DE PREVENCION CLINICA BOGOTA	BOGOTÁ - SINERGIA GLOBAL EN SALUD SAS	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

05/06/2021	27/06/2021	26/11/2021

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

En cola / In queue	En cola / In queue	En cola / In queue

Fecha de emisión del documento / Document issued

30/12/2022	30/12/2022	30/12/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Inmunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

Señores Aspirantes;

Considerando la situación actual del país frente a la pandemia del COVID 19 y la responsabilidad que tenemos como entidad prestadora de servicios de salud ESE de conocer de primera mano la información personal de cada uno de los aspirantes a vincularse a la entidad y ante la responsabilidad de evitar cualquier riesgo que pueda existir frente a su propagación; se requiere dar trámite de puño y letra de la siguiente información

DECLARACION DE CONTACTOS Y ESTADO DE SALUD.

SI	NO	PREGUNTAS
	X	¿Ha viajado en los últimos 14 días a áreas con circulación activa comunitaria de COVID 19?
	X	¿Ha sido diagnosticado con coronavirus covid19 en el último mes?
	X	¿Está esperando reporte de resultados para COVID 19 en el momento?
	X	¿Ha estado en contacto con alguien sospechoso o diagnosticado con Coronavirus COVID 19 en los últimos 14 días ?.
	X	¿Ha participado recientemente en alguna reunión o ha tenido contacto cercano con muchas personas por fuera de su hogar?
	X	Ha tenido en los últimos siete (7) días uno o más de estos síntomas: tos, fiebre, escalofríos, ¿dificultad para respirar o fatiga?
	X	Presenta factores predisponentes. En caso de enfermedad crónica describa el tipo de patología: Hipertensión y/o Diabetes Mellitus) y Enfermedad de alto riesgo escriba en diagnostico según corresponda: (Cardiopatías, Patologías pulmonares, Enfermedades Autoinmunes, Cáncer, Pacientes Inmunosuprimidos.) Describa la patología: Ninguna

La información reportada en el presente documento la realizo bajo la gravedad del juramento y manifiesto que corresponde a la verdad, y autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, de tener en cuenta como criterio de selección esta información en protección de mi vida y salud como derechos fundamentales protegidos por la Constitución Política Nacional, de acuerdo a los lineamientos y normatividad de bioseguridad establecidos por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia.

Nombre del Aspirante: Nubia Esperanza Cardenas Beltran Documento: 52027948
Perfil: Auxiliar de enfermeria Fecha de la información: 20-12-2022

Colombia Compra Eficiente

aumentar el contraste

UTC -5 18:08:41
nubia espe...

Configuraciones del usuario
nubia esperanza cardenas beltran
CAT: 0304493
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
29 Dic, 2022(UTC -5) 18:08:41
ayuda
salir

Buscar | mis procesos | Menú | Ir a

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Volver | **Últimas modificaciones** | **Todos** | Seleccionar

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

id del contrato	Number of Contract	Entidad Estatal	tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de l
2721742	5886-2022	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.	Entidad Estatal	22/02/2022 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/01/2023 23:59:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	nubia esperanza cardenas beltran	COF
574300	3640-2019	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE	Entidad Estatal	02/01/2019 00:00:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/01/2020 23:59:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	nubia esperanza cardenas beltran	COF
1781317	6004-2021	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.	Entidad Estatal	24/05/2021 15:00:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/12/2021 23:50:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	nubia esperanza cardenas beltran	COF
1739862	PS 5971 2021	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	Entidad Estatal	30/04/2021 16:55:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/10/2021 23:59:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	nubia esperanza cardenas beltran	13.8

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C.,

Señores: Colegio Distrital Bravo Páez
Dirección: Calle 37 sur No. 23-51
Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	Nubia Esperanza Cárdenas Beltrán
Documento de Identidad	52027948
Título otorgado	Bachiller académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	3 diciembre 1989
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

_____
Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA Nubia Esperanza Cárdenas Beltrán

NOMBRE DEL COLABORADOR Nubia Esperanza Cardenas Beltran
CEDULA 52027948

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C.,

Señores: Tecnident

Dirección: Carrera 16 31a 27

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	Nubia Esperanza Cardenas Beltran
Documento de Identidad	52027948
Título otorgado	Auxiliar de enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14 julio 2000
Ciudad de expedición del titulo	Bogota

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

_____

Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA

Nubia Esperanza Cardenas Beltran

NOMBRE DEL COLABORADOR Nubia Esperanza Cardenas Beltran
CEDULA 52027948