FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

CPS HOPGAR CASA NOSTRA

FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (0 CASADA)	NOMBRES
VALDIRI	**SIACHICA**	**MYRIAM CECILIA**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C [X] C.E [ ] PAS [ ] 52.543.001

SEXO: F [X] M [ ]

NACIONALIDAD: COL [X] EXTRANJERO [ ] PAIS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE [ ] SEGUNDA CIASE [ ] NUMERO [ ] D-M [ ]

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES 2 AÑO 1978

PAIS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIO: CUNDINAMARCA

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: **CALLE 52 A BIS No. 36-39 SUR**

PAIS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIO: CUNDINAMARCA

TELEFONO: 3212879587 EMAIL:

2 - FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO(LOS GRADOS DE 1° A 6° DE BACHILLERATRO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 6° A 11° DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

TIPO	N. AÑOS APROBADOS	NOMBRE DE LA INSTITUCION	AÑO	CIUDAD
PRIMARIA	5	PRESENTACION NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	1988	BOGOTA
MEDIA				
SECUNDARIA	6	FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR	1999	BOGOTA

EDUCACIÓN SUPERIOR(PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

TC (TECNICA) TL (TECNOLOGIA) TE(TECNOLOGIA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES(ESPECIALIZACION) MG (MAESTRIA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD) DP (Diplomado)

CU (CURSO) TA (TALLER)

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

MODALIDAD ACADEMICA	NO. SEMESTRES/ MESES/HORAS APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUTCION	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO				No DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	CENTRO DE EDUCACION CEADS	15	2	0	0	6	52543001

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
INGLES	X			X			X		

FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR
CPS HOGAR CASA NOSTRA

FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
BOGOTA	CUNDINAMARCA	HVHOGARCASANOSTRA@GMAIL.COM

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2301052	DIA 28 MES 11 AÑO 2009	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
AUXILIAR DE ENFERMERIA	HOGAR CASA NOSTRA	DIAGONAL 50 A SUR #26-80

Funciones:CON ADULTO MAYOR ,SE REALIZA BAÑO EN DUCHA, ARREGLO PERSONAL E HIGIENE ORAL SE ASISTEN DIETAS Y MEDICAMENTOS, CURACIONES Y ACOMPAÑAMIENTO EN SUS RESPECTIVAS URGENCIAS Y CITAS MEDICAS.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7208014	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

Funciones:

FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR
CPS HOGAR CASA NOSTRA
FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA

4 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	8

5 - FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES

(ARTICULO 5o DE LA LEY 190/95)

Myriam Valdiri Sánchica.

FIRMA

6 - OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUIÍ SUMINISTRADA HA SIDO COSNTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.543.001
VALDIRI SACHICA

APELLIDOS
MYRIAM CECILIA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-1978
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

23-DIC-1998 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00247462-F-0052543001-20100801 0023176051A 1 1300918831

Libertad y Orden

Republica de Colombia

y en su nombre el

CEADS

CENTRO DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD

Aprobación Oficial Resolución No. 8668 de Diembre 9 de 1997

Secretaría de Educación

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Confiere a:

Myriam Cecilia Valdiri Sachica

Identificado (a) con C.C. 52.543.001 de Bogotá D.C

El Certificado de Aptitud Ocupacional como

Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios correspondientes al Programa Técnico Laboral Auxiliar de Enfermería, con una intensidad total de 1.800 horas académicas.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los 15 días del mes de Diciembre 2006

Director

Subdirectora Académica (E)

Libertad y Orden

República de Colombia
Centro de Educación en Administración de Salud -CEADS-

ACTA DE GRADO No. 079/ 06

Libro No. 7

En la ciudad de Bogotá, a los quince (15) días del mes de Diciembre de 2006 en el Teatro Universidad La Salle Sede Centro, se realizó acto solemne de graduación, correspondiente al Programa **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** registrado mediante Resolución No. 8668 del 09 de diciembre de 1997 de la Secretaría de Educación de Bogotá Distrito Capital y desarrollado entre el 18 de julio de 2005 y el 5 de diciembre de 2006, con una intensidad total de 1800 horas académicas. En este acto se concedió a **VALDIRI SACHICA MYRIAM CECILIA** , identificado (a) con el documento de identidad No. 52543001 de Bogotá, D.C. el certificado de **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, acorde con lo establecido en la Ley 1064 del 26 de julio del 2006 del Congreso de La Republica y demás normas vigentes.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta en Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de diciembre de dos mil seis (2006).

Dr. GONZALO GUSTAVO LEAL P.
Director

Dra. MARIA CRISTINA ROJAS C.
Subdirectora Académica (E)

Calle 18 No. 13-26/30
Tel. 2844777
E-mail: ceads_edu@yahoo.es
www.ceads-edu.gov.co

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

LA FUNDACION
INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN
RESOLUCION No. 3140 DEL 23 DE ABRIL DE 1987
(ANTES No. 7093 DEL 10 DE NOVIEMBRE DE 1972)

CONFIERE A

Myriam Cecilia Valdiri Sánchez

Identificado con T.I. *No.* 780216-06293 *de* Bogotá, D.E.

el título de

BACHILLER ACADEMICO

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

Rector

Secretario

Dado en Santafé de Bogotá *a* 25 *de* Noviembre *de 19* 94

Nº 759952

Fundación Instituto Tecnológico del Sur

Personería Jurídica 4204 Nov. 15/68 Nit. 860.020.194-6

Casa Nostra



El adulto mayor es un se
importante a quien se deb
reconocer sus derechos
rodearlo con nuestro cariño.

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR
ANCIANATO "CASA NOSTRA"

CERTIFICA:

Que la señora Myriam Cecilia VALDIRI SICACHA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.543.001 de Bogotá, labora en esta Entidad desde el veintiocho (28) de noviembre de dos mil nueve (2009), desempeñando el cargo de auxiliar de enfermería.

Para constancia de lo anterior se firma en Bogotá, con destino a la Secretaría Distrital de la Integración Social, el doce (12) de agosto de dos mil trece (2013).

Alberto Forero Castro, Pbro.
Representante Legal
C.C.No.79.253.476 de Bogotá

abg

CASA NOSTRA



Dg. 50ª Sur No.26-80 Barrio El Carmen
Tel. 2389973 – 2301052

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:40:23 horas del 17/08/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52543001**

Apellidos y Nombres: **VALDIRI SACHICA MYRIAM CECILIA**

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 17 de agosto de 2018, a las 11:40:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52543001
Código de Verificación	525430011808171140 43

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 113956735

WEB
11:41:17

Bogotá DC, 17 de agosto del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MYRIAM CECILIA VALDIRI SACHICA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52543001:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2392681

Bogotá D.C., 17 de Agosto de 2018 - 11:41 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MYRIAM CECILIA VALDIRI SACHICA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL UN** de BOGOTA

52543001

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_KRIUM_4011
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Miriam Valdiri

La Policía Nacional de Colombia hace constar

Que el número de expediente No. 52543001 de consultado en la fecha y hora 29/08/2018 05:15:38 p. m., no se encuentra vinculado en el sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia como infractor de la Ley 1801 de 2016 Código Nacional de Policía y Convivencia. Registro Interno de Validación No. 3363854

compensar

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Marque con una (X) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso.

☐ Servicios ☐ Subsidio ☐ 4. Traslado

☒ 1. Inscripción del trabajador y familia ☐ 5. Reintegro Si ☐ No ☐

☐ 2. Adición de personas a cargo del trabajador ya inscrito — En el mismo mes indique última fecha de retiro:

☐ 3. Modificación de información

ICONTEC CERTIFICADO DE GESTION DE LA CALIDAD

IQNet

Formato de Inscripción, Adición y Modificación del Trabajador y Grupo Familiar.

Caja de Compensación Familiar

1. Datos del trabajador

Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ — 52543001

Sexo: M ☐ F ☒

Estado civil: Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐

Uso exclusivo de Compensar: R/N LOE ☐ LTM ☐ SSM ☐ STS ☐ — Causal no aceptación

Primer apellido: Valdiri

Segundo apellido: Sochica

Nombres: Myriam Cecilia

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): 1978 02 16

Teléfono: 2388711

Dirección residencia: Calle 52 a bis No 36-39

Barrio: Fatima

E-mail:

Celular: 3167349184

Ciudad: Bogotá

Fecha ingreso a la empresa (AAAA/MM/DD): 2009 11 28

Horas labor mes: 240

Cargo: Aux de Enfermeria

Sueldo básico mensual: 496900

En caso de cambio en el No. de identificación, escriba el anterior

2. Datos del empleador

Nombre o razón social: Fundacion Instituto tecnologico Del Sur

Teléfono: 2046002

NIT, C.C. o C.E.: 860020194-6

Dependencia

Centro de costo

Empresa con que trabaja simultáneamente

Sueldo básico mensual

3. Datos del cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐

Primer apellido

Adición ☐ Segundo apellido

Nombres

Retiro ☐ Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)

Empresa donde trabaja o actividad económica

Caja de compensación a la cual está afiliado(a)

Sueldo básico mensual

Recibe subsidio: Si ☐ No ☐

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escriba el número anterior o errado

4. Datos de los beneficiarios (padres, hijos o hermanos)

4.1

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)

Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ NUIP ☐

Adición ☐ Primer apellido

Retiro ☐ Segundo apellido

Parentesco: Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐

Nombres

Sexo: M ☐ F ☐

Uso exclusivo de Compensar: R/N SSE ☐ AUT ☐ SSW ☐ DIS ☐ EMB ☐ TRA ☐ — Causal no aceptación

R/N PEN ☐ CRS ☐ DEP ☐ SUP ☐ DKT ☐ — Clase Discap.

4.2

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)

Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ NUIP ☐

Adición ☐ Primer apellido

Retiro ☐ Segundo apellido

Parentesco: Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐

Nombres

Sexo: M ☐ F ☐

Uso exclusivo de Compensar: R/N SSE ☐ AUT ☐ SSW ☐ DIS ☐ EMB ☐ TRA ☐ — Causal no aceptación

R/N PEN ☐ CRS ☐ DEP ☐ SUP ☐ DKT ☐ — Clase Discap.

4.3

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)

Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ NUIP ☐

Adición ☐ Primer apellido

Retiro ☐ Segundo apellido

Parentesco: Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐

Nombres

Sexo: M ☐ F ☐

Uso exclusivo de Compensar: R/N SSE ☐ AUT ☐ SSW ☐ DIS ☐ EMB ☐ TRA ☐ — Causal no aceptación

R/N PEN ☐ CRS ☐ DEP ☐ SUP ☐ DKT ☐ — Clase Discap.

4.4

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)

Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ NUIP ☐

Adición ☐ Primer apellido

Retiro ☐ Segundo apellido

Parentesco: Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐

Nombres

Sexo: M ☐ F ☐

Uso exclusivo de Compensar: R/N SSE ☐ AUT ☐ SSW ☐ DIS ☐ EMB ☐ TRA ☐ — Causal no aceptación

R/N PEN ☐ CRS ☐ DEP ☐ SUP ☐ DKT ☐ — Clase Discap.

En caso de ser padre pensionado o afiliado a otra Caja, escriba la entidad pensionadora o nombre de la Caja de Compensación:

Bajo la gravedad de juramento declaro que este informe ha sido examinado por mí y que todos los datos son exactos.

Myriam Valdiri.

Firma del trabajador(a) C.C., T.I., P.A. o C.E. No. 52543001.

Firma y sello del empleador

Sello Recepción

Sello Afiliación

compensar 01 DIC 2009

Observaciones:

BIENVENIDO(A): NOHORA MERCEDES AVELINO AVELINO | SU ÚLTIMA VISITA FUE EL MIÉRCOLES 25 DE NOVIEMBRE DE 2009 A LAS 2:47:5

- **Gestión Administrativa**
- **Prevenimos**
- **Asistimos**
- **Respondemos**

FUNDACON INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

Nuevo trabajador | Imprimir soporte | Imprimir carné

Reporte de ingreso del trabajador

La impresión del reporte de ingreso de trabajadores por **formato Acrobat. (PDF)** requiere de la instalación de Adobe Acrobat.
Verifique si ya lo tiene instalado, si no haga **click aquí.**

Contrato	094101892
Nombre	FUNDACON INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR
Documento	N860020194

Datos del trabajador ingresado

Doc. de identidad	C52543001
Nombre	MYRIAM CECILIA VALDIRI SACHICA
Inicio de cobertura	01/12/2009
Sexo	F
Centro de trabajo	0000000001
Porcentaje cotización	.522
Eps	SALUD TOTAL E P S
Afp	PORVENIR
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Texto carné	
Fecha proceso	30/11/2009
Estado del reporte	**Ingreso exitoso**
Código transacción	13414794
Dirección IP	190.26.246.242

De acuerdo al decreto 1295 de 1994, artículo 4°, la cobertura del Sistema se inicia desde
día calendario siguiente al de la afiliación.
Señor usuario, imprima este reporte como soporte de las novedades que su compañía
reportado.

30/11/2009 11:09 a.m

SaludTotal EPS-S

BOGOTA, Julio 13 de 2010

Señora:
VALDIRI SACHICA MYRIAM CECILIA
CC. 52543001
CL 52ABIS 36 39SUR - 2388711
Ciudad

REF/ SOLICITUD INFORMACION - AFILIACION SALUD TOTAL EPS-S

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S se realizó a partir de Diciembre 2 de 2009.
Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual
VALDIRI SACHICA MYRIAM CECILIA	52543001	C	Dic-2-2009	26	0	COTIZANTE	VIGENTE		

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR	52543001	Empleado	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

J Velasquez

JUAN MANUEL VELASQUEZ HENAO
VICEPRESIDENTE DE MERCADEO Y VENTAS
SALUD TOTAL EPS-S

Elaboró:Maria Cristina Garzon Castro - Gerente De Cuenta Talentum Colaboremos

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Salud Total EPS-S

República de Colombia
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENTENCIA NACIONAL DE SALUD
NIT 800.130.907-4

Número de Radicación

FORMULARIO DE AFILIACIÓN E INSCRIPCIÓN PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SERVIDORES PÚBLICOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario

FECHA DE INGRESO AL SISTEMA	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE INGRESO	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AAAA MM DD	AAAA MM DD	N TC TR NA X CE	AAAA 2009 MM 12 DD 01

I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE CABEZA DEL GRUPO FAMILIAR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Valdiri	Sachica.	Myriam	Cecilia.

No. IDENTIFICACIÓN	TIPO DOCUMENTO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
52543001 Bta.	R.C. T.I. C.C. X C.E. P.A. N.U.	M F X	AAAA 1978 MM 02 DD 16

DIRECCIÓN DONDE LABORA	TELÉFONO	FAX	DEPARTAMENTO
Cra. 28 # 50-09	2046002	7242098	Cundinamarca.

MUNICIPIO	CÓDIGO	CORREO ELECTRÓNICO
Bogotá.	11001	

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA
Calle 52 Abis # 36-39 Sur	Bogotá.	11001	U X R

LOCALIDAD / VEREDA	DEPARTAMENTO	TELÉFONO	CELULAR	DISCAPACIDAD	INCAPACIDAD
6 - Tunjuelito.	Cundinamarca.	2388711	3167349184	TIPO: GRADO:	SÍ NO X

IPS MÉDICA	IPS ODONTOLÓGICA	RÉGIMEN EPS-S	EPS-C	EPSE CAJA	NOMBRE DE LA ENTIDAD DE PREVISIÓN O SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EPS ANTERIOR	CÓDIGO	EXCEPCIONES DE TRASLADO 4 5	ANEXOS A E X 1 2
					S. Total	1007		

IV. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

BENEF.	TIPO DOC.	TIPO INGRESO	No. DOCUMENTO	CONSECUTIVO	2do COTIZANTE	NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO M	SEXO F	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	PARENTESCO
1															
2															
3															
4															
5															

DILIGENCIE LOS SIGUIENTES ESPACIOS CUANDO ALGÚN BENEFICIARIO TENGA UNA DIRECCIÓN O IPS DIFERENTE A LA DEL COTIZANTE

BENEF.	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	TELÉFONO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CÓDIGO MUNICIPIO	EXCEPCIONES DE TRASLADO 4	5
1	Recibido Salud Total 01/09						
2							
3							
4							
5							

BENEF.	GRADO DE CONSANGUINIDAD	DOCUMENTOS ANEXOS BENEFICIARIO A	B	C	E	F	G	H	P	S	DISCAPACIDAD TIPO	DISCAPACIDAD GRADO	INCAPACIDAD TEMPORAL	INCAPACIDAD PERMANENTE	IPS MÉDICA / IPS ODONTOLÓGICA	RÉGIMEN EPS-S	EPS-C	EPSE CAJA	NOMBRE DE LA EPS ANTERIOR	CÓDIGO	LOCALIDAD / VEREDA	ZONA U	ZONA R
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							

Declaro bajo la gravedad de juramento que aparte de las personas incluidas en este formulario de afiliación, no tengo ningún otro beneficiario ni segundo cotizante (Cónyuge o compañero(a) permanente) que obligatoriamente deba estar afiliado a esta EPS. Los beneficiarios que no se hayan incluido serán afiliados a esta EPS dentro de los quince (15) días siguientes, para dar cumplimiento a la ley que obliga a que todo el grupo familiar esté en la misma EPS. Decreto 806 de 1998.

1. Autorizo a la EPS y/o sus representantes para solicitar y obtener datos y copias de mi historia clínica y/o epicrisis y la de mis beneficiarios, para efectos de la Auditoría Médica. 2. Con la firma del presente formulario de inscripción, declaro por conocidas las condiciones generales, así como la cobertura de la relación que estoy asumiendo. Para tener derecho a los servicios de alto costo se deberá haber cotizado, por lo menos, 26 semanas en forma efectiva, de las cuales, por lo menos, 13 deberán haber sido pagadas en el último año (Ley 1122 de 2007). 3. Tanto aportante como afiliados autorizamos a que la información que se genere en desarrollo de esta vinculación sea reportada a bases de datos públicas y privadas; así como para consultar toda información que reposa en dichas bases de datos.

Manifiesto que he recibido el anexo en el cual se contemplan los deberes y derechos como usuario, de conformidad con la Sentencia T-760 de 2008.

OBSERVACIONES Reactivación

RECIBIDO PERO NO QUE LA ACEPTACIÓN PUESTA SOLICITUD ESTA CONDICIONADA A LA VERIFICACIÓN DE LA COMPROBACIÓN DE DERECHOS

52543001 Bta

FIRMA Y DOCUMENTO COTIZANTE

II. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

No. DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	DV	TIPO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
860020194	6	NI	Fundación Instituto Tecnológico Del Sur

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	TELÉFONO	FAX	DEPARTAMENTO
Cra 28 # 50-09 Sur.	2046002	7242098	Cundinamarca

MUNICIPIO	CÓDIGO	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE APORTANTE PN NIT CTA.
Bogotá			

ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO	ZONA URBANA RURAL	LOCALIDAD / VEREDA
Educativo			Tunjuelito

ADMINISTRADORA FONDO DE PENSIONES	CÓDIGO	ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES	CÓDIGO
Horizonte	51	Seguros Colp.	

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO COTIZANTE

FECHA DE INGRESO	CARGO	CÓDIGO	INGRESO BASE $	SALARIO FIJO VARIABLE INTEGRAL
AAAA 2009 MM 11 DD 28	Aux de Enfermería		496.900	X

Bta - Dic 01/09
CIUDAD Y FECHA

FIRMA EMPLEADOR

III. EMPRESA RESPONSABLE DEL PAGO

No. IDENTIFICACIÓN	DV	TIPO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

DIRECCIÓN	TELÉFONO	DEPARTAMENTO	CÓD. MUNICIPIO

IV. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	CIUDAD Y FECHA AAAA MM DD	FIRMA AUTORIZADA

GERENTE DE CUENTA ASOCIADO A UNA C.T.A.

NOMBRE	CÓDIGO	FIRMA GERENTE

DATOS GERENTE DE CUENTA ASOCIADO A LA CTA. TALENTUM - UNIDAD ESTRATÉGICA DE NEGOCIO EN SALUD TOTAL

CANAL DE VENTA ASOCIADO A UNA C.T.A.

NOMBRE	CÓDIGO	FIRMA CANAL

DATOS CANAL DE VENTA ASOCIADO A LA CTA. TALENTUM - UNIDAD ESTRATÉGICA DE NEGOCIO EN SALUD TOTAL

INFORMACIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS

CÓDIGO DIGITADOR 1 | CÓDIGO DIGITADOR 2 | CÓDIGO DE VERIFICACIÓN

DISTRIBUCIÓN GRATUITA. PROHIBIDA SU VENTA VIGILADO POR SUPERSALUD.

"LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS DERECHOS Y DEBERES, ASÍ COMO TODA LA DEMÁS EXIGIDA POR EL ARTÍCULO 8 DEL DECRETO 1703 DE 2002, SE ENCUENTRA EN LA PÁGINA WEB WWW.SALUDTOTAL.COM.CO." DE IGUAL FORMA PODRÁ CONSULTAR LA CONFIRMACIÓN DE SU SOLICITUD.

FIRC-001-2008-11-V11

RECIBIDO SIN ACEPTACION

* ABSTÉNGASE DE ENTREGAR DINERO A SU ASESOR DE VENTAS. CONSIGNE EN ENTIDADES BANCARIAS *

No. 7484783

IMPRESO POR CARVAJAL SOLUCIONES FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.601-1 TEL. 430 2110

FORM CARVAJAL

Porvenir

Dirección General Carrera 13 N° 27-75
Fax: 339 30 00 Extensión 4920
A.A: 241800
Bogota D.C., Colombia
www.porvenir.com.co

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

PORVENIR S.A.

INFORMA:

Que el (la) señor (a) **MYRIAM CECILIA VALDIRI SACHICA** identificado (a) con la C.C. **52543001** se encuentra afiliado (a) en el Fondo de Pensiones obligatorias a partir del día 12/1/2009.

Se expide a solicitud del interesado, el día 28/01/2010.

Atentamente,

MARIA CLAUDIA REY N.
Jefatura Servicio al Afiliado Bogotá
MCRN/Carlos G.

ICONTEC
CERTIFICADO
ISO 9001
Código N° SC 2630-1

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 7864 *de* 22/08/2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión 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) VALDIRI SACHICA MYRIAM CECILIA Identificado(a) con CC número 52543001 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO DE EDUCACION DE SALUD CEADS el día 15/12/2006 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: autorizar a VALDIRI SACHICA MYRIAM CECILIA identificado(a) con CC número 52543001 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 22/08/2007

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS.
Directora de Desarrollo de Servicios.
Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodriguez

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

Firma

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MYRIAM CECILIA

VALDIRI SACHICA

C.C 52543001

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 23/11/2009

Centro Medico RICAURTE Salud Ocupacional

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN OCUPACIONAL PERIODICO

FECHA: DICIEMBRE 13 2017
NOMBRE: **VALDIRI MYRIAM**
CC: 52.543.001 de BOGOTA **Edad:** 39 años
Estado civil: UNION LIBRE
Escolaridad: TECNICA
Oficio a desempeñar : AUXILIAR DE ENFERMERIA
Empresa: FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR HOGAR CASA NOSTRA

CONCEPTO

- **APTO CON PATOLOGIA CLINICA QUE NO INTERFIERE CON SU OFICIO**

RECOMENDACIONES
VALORACION POR ORTOPEDIA EN SU EPS
DIETA Y EJERCICIO
PAUSAS ACTIVAS EVITAR POSTURAS DEFECTUOSAS
USO DE EPP, CAPACITACION POSTURAS, SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.

Oneldis de Luque Brito
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia 5684/2012

TRABAJADOR

CC #

CERTIFICAMOS: ***La resolución 2346 de julio 11 de 2.007 Art 4 y Art 16, resolución 1918 de 2009, disponen la custodia de las Historias Clínicas a las IPS que originan el documento; por consiguiente, por normas legales vigentes, la IPS Centro Médico Ricaurte E U, garantiza la custodia de las Historias Clínicas Ocupacionales de los exámenes realizados por la Institución***