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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

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

| A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROCESO SOLICITANTE: | | FECHA: | | Nº FOLIOS | |
| NOMBRE DEL CANDIDATO: | Alejandra Espinel | DOCUMENTO: | 1026269088 | | |
| TELEFONO: | 3058148240 | ACTIVIDAD SOLICITADA: | | | |

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

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

| B. DOCUMENTOS DE HABILIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NECESIDAD DE PERSONAL OPS | | | |
| | SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | | | |
| | CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | | | |
| | | SI ☐ | NO ☐ | |

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

| D. VERIFICACION Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| Vº/Bº Responsable Talento Humano | | Fecha: | |
| Vº/Bº Dirección Talento Humano | | Fecha: | |

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

## Información del usuario



| | |
|---|---|
| **Género** | Femenino |
| **Cargo** | auxiliar de enfermeria |
| **Título** | Sra. |
| **Nombre completo** | YEIMMY ALEJANDRA ESPINEL ARISTIZABAL |
| **Nombre y apellido** | YEIMMY ALEJANDRA ESPINEL ARISTIZABAL |
| **Código del empleado** | 85101601 |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **Número de documento** | 1026289058 |
| **Fecha de emisión** | 27/08/2012 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Expedido por** | BOGOTA |
| **Fecha de expiración** | |
| **Dirección** | cra 3 este #3-09 sur |
| **Código postal** | 51 |
| **Estado** | |
| **Municipio** | Bogota |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | yaevac10@gmail.com |
| **Teléfono** | 4641030 |
| **Celular** | 3058148240 |
| **Número de fax** | |

## Configuración

| | |
|---|---|
| **Zona horaria** | (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |
| **Idioma** | Español (Colombia) |
| **Configuración regional** | Spanish (Colombia) |

## Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | ¿Cuál es su número de teléfono? |
| **Respuesta** | telefono |
| **Celular** | 3058148240 |

Editar

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| ESPINEL | ARISTIZABAL | YEIMMY ALEJANDRA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1026289058 | F (X) M ( ) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

LIBRETA MILITAR

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 10 MES AGO AÑO 1994

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CRA 3 ESTE # 3-09 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4641030

EMAIL yaevac@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BASICA | | | | | | | | | | | TITULO bachiller academico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. X | MES NOVIEMBRE AÑO 2014 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TEMINACIÓN MES | TEMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 3 | X | | TECNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERIA | 2 | 2017 | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

## 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: hospital la victoria sede materno infantil | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | |
| TELÉFONOS: 2931310 | FECHA DE INGRESO: DIA 8 MES 4 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria | DEPENDENCIA: gineco ostrecticia | DIRECCIÓN: carrera 10 n 1 26 | |

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| PUBLICO | 1 | 8 |
| PRIVADO | 0 | 0 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 1 | 8 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha del diligenciamiento* Bogotá DC. 14 Diciembre 2018

Alejandra Espinel A.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá

SIDEAP

Última Actualización: 12-dic-2018

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACION

# FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** YEIMMY ALEJANDRA ESPINEL ARISTIZABAL
**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1026289058 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
**Dirección** CRA 3 ESTE # 3-09 SUR **Teléfonos** 3058148240 4641030

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| MARIANA GARZON ESPINEL | 1010216914 | 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 | $ 18.000.000,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 0,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 18.000.000,00 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| DAVIVIENDA | AHORROS | 478070031644 | CALLE 26 | $ 0,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

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 |
|---|---|---|
| | C.C◯ C.E◯ T.I.◯ | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |

## 3. FIRMA

Alejandra Espinel A.

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

**CIUDAD Y FECHA**

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

# Colegio Salesiano de León XIII

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según

Resolución No. 02656 del 7 de abril de 1987

confiere a:

## Yeimmy Alejandra Espinel Aristizábal

C.C. No. 1026289058 de Bogotá, D.C.

el Título de

# Bachiller Académico

por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, de acuerdo a los planes y programas vigentes para la Educación Formal de Adultos, según Decreto 3011 del 19 de diciembre de 1997

Pbro. Nicolás Rivera Penagos, S.D.B.
C.C. No. 17.182.652 de Bogotá
Rector

Paola Alexandra García D.
C.C. No. 52.501.714 de Bogotá
Secretaria Académica

COLEGIO SALESIANO

Registro Interno

Acta No. 059 Folio No. 105

No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 mayo de 1994

Dado en Bogotá, D.C., a 28 de noviembre de 2014

Scanned by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

# Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael

BOGOTÁ | COLOMBIA

## "EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO"

Aprobación Ministerio de Educación Nacional Resolución No. 9085 de septiembre 1 de 1977, Aprobación Ministerio de Saluc Resolución No. 00930 de enero 23 de 1986, Autorización Oficial Secretaria de Educación según Resolución No. 2122, de febrero 24 de 1997 y la No. 7979 de noviembre 18 de 1997 Acuerdo 150 de Mayo 11 de 2009 Ministerio de Protección Social Resolución No. 04-0221 de diciembre 16 de 2009 Renovación y Registro de Programa Secretaria de Educación. Resolución 02579 de Mayo 19 de 2014 Registro Programa Técnico Laboral del SENA. Resolución No. 04-007 de 2016 Renovación de Registro del Programa de Técnico Laboral de Auxiliar en Enfermería.

*Confiere a:*

**Yeimmy Alejandra Espinel Aristizába**

Identificado(a) con C.C. No. 1.026.289.058 de Bogotá D.C.

Certificado de:

APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO

# AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber culminado satisfactoriamente el programa.
Intensidad: 1.800 horas.

Directora Olga [illegible] C.

Secretaria [illegible]

Libro: 2 Folio: 75 Acta: 76

Bogotá D.C. Febrero 10 de 2017

Scanned by CamScanner

# COLEGIO SALESIANO DE LEÓN XIII

Carrera 5 No. 8 - 36 Tels. 342 09 72 - 342 09 73
Bogotá, D.C.

**CÓDIGO ICFES: 135822** **INSCRIPCIÓN DANE: 311001009121**

## Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Bogotá, D.C., el día 28 de noviembre de 2014 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el padre Nicolás Rivera Penagos S.D.B.(Rector) y Paola Alexandra García Delgado (Secretaria Académica), en el cual el Colegio Salesiano de León XIII confirió el título de

**BACHILLER ACADÉMICO**

a:

**Yeimmy Alejandra Espinel Aristizábal**

C.C. No. 1026289058 de Bogotá, D.C.

quien cumplió con los requisitos y normas legales y académicos de acuerdo a los planes y programas vigentes establecidos para la Educación Formal de Adultos, según Decreto 3011 del 19 de diciembre de 1997.

Esta Institución está aprobada en el nivel de Educación Media y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 02656 del 7 de abril de 1987.

Es copia tomada del Acta Original No. 059

Firmada y sellada en Bogotá, D.C., a los 28 días del mes de noviembre de 2014

Pbro. Nicolás Rivera Penagos S.D.B.
C.C. No. 17.192.652 de Bogotá
Rector

Paola Alexandra García Delgado
C.C. No. 52.501.714 de Bogotá, D.C.
Secretaria Académica

**Nota: No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por M.E.N**

Scanned by CamScanner

*La Escuela Para Auxiliares de enfermería "San Rafael" Aprobación Ministerio de Educación Nacional Resolución No. 9085 de Septiembre 1 de 1977, Aprobación Ministerio de Salud Resolución No. 00930 de Enero 23 de 1986, Autorización Oficial Secretaria de Educación según Resolución No. 2122, Febrero 24 de 1997 y No. 7979 de Noviembre 18 de 1997.Acuerdo 150 del 11 de Mayo de 2009 del Ministerio de Protección Social, Resolución No. 04-0221 de Diciembre 16 de 2009 Renovación y Registro de Programa Secretaria de Educación. Resolución 02579 de Mayo 19 de 2014 Registro programa Técnico Laboral del SENA. Resolución 04-007 de Mayo 27 de 2016 Renovación del Programa de Técnico Laboral de Auxiliar en Enfermeria. Resolución 04-095 del 9 Diciembre de 2016 Registro al Programa Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería.*

## ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Bogotá el día 10 de Febrero de 2017, se reunieron la Directora y el Consejo Académico, con el fin de formalizar la entrega de los certificados de **APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO AUXILIAR EN ENFERMERIA,** a los estudiantes de la Promoción 76 por haber culminado satisfactoriamente el programa, que inició el 04 de Julio de 2015 y culmino el 10 de Febrero de 2017; conferido a: **ESPINEL ARISTIZABAL YEIMMY ALEJANDRA,** identificada con C.C. No. 1.026.289.058 de Bogotá D.C.

En constancia, se entrega acta de certificación en Bogotá D.C., a los Diez (10) días del mes de Febrero de dos mil diecisiete (2017).

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael
DIRECTORA

**OLGA JEANET CESPEDES CASTILLO**
Directora

**ANYELI AGUDELO**
Secretaria



Scanned by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
**Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael**
BOGOTÁ | COLOMBIA

**CERTIFICA QUE:**

# *Yeimmy Alejandra Espinel Aristizabal*

*Identificada(o) con C.C. 1.026.289.058*

PARTICIPO EN CALIDAD DE ASISTENTE

**EN LA XVIII JORNADA DE ACTUALIZACION EN ENFERMERIA**
**COMPROMISO Y LIDERAZGO EN LA GESTION DEL CUIDADO DE ENFERMERIA**

**INTENSIDAD 9 HORAS**

Bogotá D.C, 08 de Julio de 2.016

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael
DIRECTORA

**OLGA JEANET CESPEDES CASTILLO**
**DIRECTORA ESCUELA**

Scanned by CamScanner

Campus Docent Sant Joan de Déu

Escola Universitària d'Infermeria
Adscrita a la Universitat de Barcelona
Centre Docent

# CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Espinel Aristizabal Yeimmy Alejandra
C.C. 1026289058

Ha asistido la Conferencia: "Modelos educativos Europeos. Nuevas Tecnologías en Educación", celebrado el día 12 de Abril de 2016, y organizado por el Campus Docent Sant Joan de Déu, con una duración total de 2 horas.

En constancia firma:

Directora del Campus Docent
**Amelia Guilera Roche**

Bogotá, 12 de Abril de 2016

hospitalidad CALIDAD RESPETO RESPONSABILIDAD ESPIRITUALIDAD

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Escuela para Auxiliares de Enfermeria San Rafael
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Yeimmy Alejandra Espinel Aristizabal en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Tecnico Auxiliar De Enfermeria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Alejandra Espinel A.

No. de documento: 1026289058

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: Cra 3 este # 3-09 sur

Teléfono: 3058148240

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.026.289.058**

**ESPINEL ARISTIZABAL**

APELLIDOS

**YEIMMY ALEJANDRA**

NOMBRES

Alejandra Espinel

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-1994**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.68** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**27-AGO-2012 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00872547-F-1026289058-20161221 **0052**704899A 1 1164219243

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14410197381

(415)7707212489984(8020) 000001441019738 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1026289058 | 3 | Impuestos de Bogotá 32 | |

**IDENTIFICACION**

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión illquida 2 | Cédula de ciudadanía 13 | 1026289058 | 20120827 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Bogotá D.C. 11 | Bogotá, D.C. 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ESPINEL | ARISTIZABAL | YEIMMY | ALEJANDRA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Bogotá D.C. 11 | Bogotá, D.C. 001 |

41. Dirección principal: CR 3 ESTE 3 09 SUR

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| yaevac@hotmail.com | | 3102714816 | |

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 4723 | 20110801 | 8692 | 20150213 | | | | 1 |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

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

12- Ventas régimen simplificado

**Obligados aduaneros**

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

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 20170401

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Alejandra Espinel A.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: FERNANDEZ FERNANDEZ PABLO EMILIO

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 01-04-2017 11:07:31AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 05-04-2017
Hora: 12:00:15 PM


**CONTRIBUYENTE** NIT 1026289058-3 YEIMMY ALEJANDRA ESPINEL ARISTIZABAL

**Información General**

*Dirección* CL 3 ESTE 3 09 SUR

*Teléfonos* 3102714816

*Dirección electrónica* YAEVAC@HOTMAIL.COM

*Fax* 0

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 20/12/2014

*Soporte Inscripción* 493475

*Fecha Inicio Actividades* 23/01/2013

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 4723-COMERCIO AL POR MENOR DE CARNES (INCLUYE AVES DE CORRAL), PRODUCTOS CARNICOS, PESCADOS Y PRODUCTOS DE MAR, EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS

Actividad 2: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 17001884358

***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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



Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

# *Resolución No* **3800** *de* **03/04/2017**

## *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C*

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) ESPINEL ARISTIZABAL YEIMMY ALEJANDRA Identificado(a) con CC número 1026289058 expedida en BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por ESCUELA PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA SAN RAFAEL el día 10/02/2017.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a ESPINEL ARISTIZABAL YEIMMY ALEJANDRA identificado(a) con CC número 1026289058 expedida en BOGOTA D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **03/04/2017**

*Original Firmado Por*
**Rosmira Mosquera Padilla**

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Reviso :Sebastián Quiroz L.
Elaboro :Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 24.4.17
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Alejandra Espinel
CC. # 1026289058
Firma Alejandra Espinel

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666

ISO 9001 icontec
NTCGP 1000 icontec

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

## 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 *

1026289058

Primer Nombre *

Yeimmy

Primer Apellido *

Espinel

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

### Resultado General -2018-12-14→2:51:15 PM

| *Tipo Identificación* | *Nro. Identificación* | *Primer Nombre* | *Segundo Nombre* | *Primer Apellido* | *Segundo Apellido* | *Detalles* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1026289058 | YEIMMY | ALEJANDRA | ESPINEL | ARISTIZABAL | Ver |

### Información Detallada [CC: 1026289058] YEIMMY ALEJANDRA ESPINEL ARISTIZABAL

### 2018-12-14→2:51:15 PM

### Información Académica

| *Tipo Programa* | *Origen Obtención Título* | *Profesión u Ocupación* | *Fecha desde que puede ejercer* | *Entidad Reportadora* |
|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2017/4/03 | 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).

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 13 FEB 2012 | | |
| | 2 | 27 marzo 2012 | | |
| | 3 | 10 Julio 2015 | 0241300ZB | |
| | 4 | 05 ABR. 2017 | D2288 6-18 | SANDRA IBANEZ |
| | 5 | cita | 05 abril 2018 | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 17 JULIO 2015 | AHBVC408DM | |
| | 2 | 17 Agost 2015 | AHBVC408DM | |
| | 3 | 17 SEPT 2015 | AHBVC408DM | |
| | R | 05 ABR. 2017 | 1434826.04 | SANDRA IBANEZ |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Scanned by CamScanner

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

*Consérvelo*

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

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | Yeimmy Alejandra. |
| Apellidos: | Espinel Aristizabal |
| Documento de identidad: | C.C X T.I. Pasaporte No. 1026289058 |
| Fecha de Nacimiento: | Día 10 Mes 08 Año 1994 |

Scanned by CamScanner

# CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

# OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

**IMPORTANTE:** no confie su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros medicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.



## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

### MOTIVO DE EVALUACIÓN

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA: 27/03/17 | INGRESO | X | EGRESO | | PERIODICO | | TRAB. EN ALTURAS | | ESPAC. CONFINADOS | | MAN. ALIMENTOS | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | YEIMMY ALEJANDRA ESPINEL ARISTIZABAL | | |
| CEDULA | 1.026.289.058 | TELEFONO O CELULAR | 4641030 |

### EXAMENES REALIZADOS

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXAMEN MEDICO | X | AUDIOMETRÍA | | VISIOMETRÍA | | ESPIROMETRÍA | | LABORATORIO CLÍNICO | | PRUEBA VESTIBULAR | |

### INFORMACION ORGANIZACIÓN

| | |
|---|---|
| NOMBRE DE LA EMPRESA | SUBRED CENTRO ORIENTE |
| CARGO | AUXILIAR DE ENFERMERIA |

### CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

#### EXAMEN DE INGRESO

| | | | |
|---|---|---|---|
| APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES | X | APTO CON RESTRICCIONES | |
| APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO | | APLAZADO | |
| APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS | | NO APTO | |

| | |
|---|---|
| RESULTADO EXAMENES | MEDICO |
| OBSERVACIONES | EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: TINNEL, PHANEL, JOBE, LASAGUE Y SIMMOND: NEGATIVO |
| TIPO DE RESTRICCION | NINGUNA. |

### COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

### COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

### RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). Gestión peligro biológico mediante inmunización contra hepatitis B, Influenza y tétano o las que se requieran (gtc 45). Instrucciones sobre las buenas prácticas en la seguridad y detección temprana de eventos adversos en el paciente (Res. 1446/2006). Uso de los elementos de bioseguridad (guantes, tapabocas, trajes anti fluidos, gafas, etc), ante la exposición radiofísica y en el manejo de agentes químicos y biológicos peligrosos (Arts 150 y 101 de la Ley 9). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Control con endocrino en eps.

PABLO HERNANDEZ

FIRMA Y LSO PROFESIONAL

Alejandra Espinel A.

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

1026289058

Visita nuestra pagina web: www.centromedicoolaya.com

Escribenos: centromedicoolaya@gmail.com

**IMPORTANTE:** Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado : el** que falsifique documento privado que pueda servir de prueba , incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. **(Articulo 289 del Código penal Colombiano).**



Scanned by CamScanner

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

## HACE CONSTAR QUE:

# Yeimmy Alejandra Espinel Aristizábal

## C.C. 1.026.289.058 de Bogotá.

### ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE

# ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

**SEGÚN RESOLUCION 459 DEL 6 DE MARZO 2012**
**EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL**
**Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267**

**DADO A LOS 03 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2019,**
**CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.**
**VALIDO POR 2 AÑOS**

Iván Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

**LIBRO 2 FOLIO 0635**

Sede administrativa Calle 8 A # 72A - 32 Barrio Castilla
Cel.: 350 626 0481 - 311 539 1639
sabersaludse@gmail.com

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

# S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

## YEIMMY ALEJANDRA ESPINEL ARISTIZABAL

c.c. 1.026.289.058

ASISTIO AL CURSO

# SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
**CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS**

Dado en Bogotá D.C., a los 3 días del mes de Marzo de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S.

**Paola M. Vieda**
**Directora**

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

**David Londoño**
**Sub Dirección Académica**

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

| FECHA: | 17/dic/2018 | CIUDAD: | BOGOTA | DEPARTAMENTO: | BOGOTA |
|---|---|---|---|---|---|

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

| PROVEEDOR | PARTICULAR | CONTRATISTA OPS | SERVIDOR PUBLICO | OTRO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | |

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| ESPINEL | ARISTIZABAL | YEIMMY | ALEJANDRA. |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C ☒ | C.E ☐ | R.C ☐ | NUIP ☐ | 1026289058 | BOGOTA | 27-08-2012 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐ | | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 10-08-1994 | BOGOTÁ DC | COLOMBIA | COLOMBIANA |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ | MARIANA GARZON | 1 | |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | TECNOLOGO ☐ | BACHILLER ☐ | OTRO ☐ | PRIMARIA ☐ | TECNICO ☒ | CUAL: | AUXILIAR DE ENFERMERIA. |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CRA 3 ESTE #3-09 SUR | BOGOTÁ | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 4641030 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| yaevac@hotmail.com | | PROPIA ☐ | FAMILIAR ☒ | ARRENDADA ☐ |

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

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C ☐ | C.E ☐ | R.C ☐ | NUIP ☐ | | | |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | CUAL: | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ | NACIONALIDAD: |

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO ☐ | ESTUDIANTE ☐ | HOGAR ☐ | PENSIONADO ☐ | CUAL: | | | |
| SOCIO ☐ | CONTRATISTA ☒ | COMERCIANTE ☐ | EMPLEADO PUBLICO ☐ | | | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ | EMPLEADO SOCIO ☐ | | OTRA. . . . . ☐ | | | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | | | | CODIGOS C.I.I.U ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI ☐ NO ☒ | IVA | SI ☐ | NO ☒ | | 8692 | |
| | | ICA | SI ☐ | NO ☒ | | PRINCIPAL: ☐ | SECUNDARIA: ☐ |

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

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

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

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

| FUNCIONARIO PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | SI ☐ NO ☒ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | | | | | # NIT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GOBIERNO ☐ | SERVICIOS ☐ | SALUD ☐ | EXPORTACIONES ☐ | AGRICOLA ☐ | ENERGETICA ☐ | FINANCIERA ☐ | TRANSPORTE ☐ | TECNOLOGIA ☐ | ALIMENTOS ☐ | MEDICAMENTOS ☐ | 900951905-7 |
| OTRA ☐ CUAL: X | | | | | | | | | | |

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| D6 34 #5-43 | 3444480 | BOGOTA' | CUNDINAMARCA | COLOMBIA |
| **CARGO ACTUAL** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | **FECHA VINCULACION** | 01-09-17 |

**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 | 400.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | 1.518.000 | ARRIENDOS | | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | 360.000 | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | 1.518.000 | TOTAL EGRESOS | 760.000 | TOTAL ACTIVOS | $ 0 | TOTAL PASIVOS | $ 0 |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| ARISTIZABAL | CARVAJAL | MARIA | ERNESTINA |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| C11 79 SUR #71I-72 | BOGOTÁ DC | TIA | 301 3427430 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:** SI ☐ NO ☒

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | PAIS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ **CUAL:**

**8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, p

AUXILIAR DE ENFERMERA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE 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 CENTRO ORIENTE 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 CENTRO ORIENTE 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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los 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 Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del 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 utilizacion no requeriria 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 tambien seran tratados para fines comercials, razon 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 Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 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 prestacón 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 prestacion 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere 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 satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio 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 finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion 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 haran 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 Nacionalde 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 onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC. telefono 344 44 84 . e-mail: sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion 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 autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
**NOTA:** Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co)_ en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

## IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Alejandra Espinel A.

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Indice Derecho**

## X. INFORMACION DE ENTREVISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1.Fecha** | | **2. Ciudad** | |
| **3.Nombre del funcionario o Asesor:** | | | |
| **4. Lugar de la Entrevista:** | | | |
| **5. Observaciones:** | | | |
| **6. Resultado de la Entrevista:** | ACEPTADO ☐ | RECHAZADO ☐ | |
| **7. Firma y Cédula** | | | |

## XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

| | | |
|---|---|---|
| **1. Fecha** | **2. Ciudad** | |
| **3. Nombre y Cargo de quien verifica:** | | |
| **4. Lugar de la verificación:** | | |
| **5. Observaciones:** | | |
| **6. Firma y cédula:** | | |

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1026289058 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Espinel Aristizabal,Yeimmy Alejandra |
| TIPO DE AFILIADO | Segundo Cotizante |
| TIPO DE TRABAJADOR | N/A |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 20/06/2016 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Espinel Aristizabal,Yeimmy Alejandra, a los 12 días del mes de diciembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

# Protección

**Fondo de Cesantías Protección**

**NIT 800.170.494**

**Hace constar que:**

El(La) Señor(a) **YEIMMY ALEJANDRA ESPINEL ARISTIZABAL** identificado(a) con **CC** número **1.026.289.058** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 13 de febrero de 2015.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de diciembre de 2018.

Cordialmente,



**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

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

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

2018121218324

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

# AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

| 1026269058 | Sura. |
|---|---|
| Numero de Documento | ARL |

| Yeimmy | Alejandra | Espinel | Aristizabal |
|---|---|---|---|
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |

| 10-08-1994 | Bogotá | Cra 3 este #3-09 sur | 1641030 |
|---|---|---|---|
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |

| Sanitas | Protección | $1.518.000 |
|---|---|---|
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |

| Auxiliar De Enfermera. | |
|---|---|
| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |

| yaevac10@gmail.com | 3058148240 |
|---|---|
| Correo Electrónico | Celular |

Alejandra Espinel A.
Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 119140861

WEB
18:31:19


Bogotá DC, 12 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YEIMMY ALEJANDRA ESPINEL ARISTIZABAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026289058:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 12 de diciembre de 2018, a las 18:27:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1026289058 |
| Código de Verificación | 102628905818121218275 1 |

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

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

Soraya Vargas P.

**SORAYA VARGAS PULIDO**
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2607373**

**Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2018 - 18:25 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTISEIS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y OCHO**

**1026289058**

**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 JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_8JUJK_2418**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 18:21:56 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1026289058**
Apellidos y Nombres: **ESPINEL ARISTIZABAL YEIMMY ALEJANDRA**

**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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

**A QUIEN INTERESE**

**Bogotá**
COLOMBIA

**2018/12/17**

*Por medio de la presente hacemos constar que* **la señora YEIMMY ALEJANDRA ESPINEL ARISTIZABAL** con **Cédula de Ciudadanía** número **1026289058** posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO**

| | |
|---|---|
| Número: | **478070031644** |
| Fecha apertura: | **2016/05/31** |

*Cordialmente,*

**Firma Autorizada**
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA