

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **57.462.062**

RADA BOLAÑOS
APELLIDOS

LEIDYS STELLA
NOMBRES

Leidy Rada B
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-AGO-1984**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

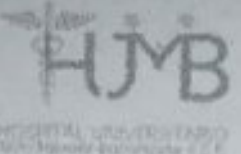
10-ENE-2003 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Alba Luz
REGISTRADORA NACIONAL
ALBA LUZ BERNARDO LOPEZ

INDICE DERECHO



P-2100100-51118111-F-0057462062-20030626 02426 00237B 01 143348040

	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC16F VERSION: 05 FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023 PAGINA 1 de 1
---	--	--

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Lidy Rada Beltrán identificado con Cédula No. 57.462.062 y Profesión Auxiliar de Enfermería AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUMB con fines de contratación.

FIRMA: Lidy Rada B.

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		
4	Registro Proveedores - Persona Natural - Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php		
5	Formato Consentimiento Informado - Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
6	Capture de Pantalla - Usuario SECOP II (Pantallazo)		
7	Propuesta de Servicios		
8	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
9	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
10	RUT - Registro Único Tributario		
11	Hoja de Vida - Función publica		
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
13	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente - MES actual).		
14	Convalidación de Título (Médicos Generales y Especialistas) - Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
15	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)		
16	Tarjeta Profesional		
17	RETHUS (Personal Asistencial en general)		
18	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).		
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
21	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico - PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal - NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
24	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas del área de UCI y Hospitalización.		
26	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTIÓN DEL DUELO (Personal asistencial del área de Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal)		
27	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.		
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de Urgencias y Transporte Asistencial).		
29	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
30	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 - Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)		
31	Soporte de experiencia laboral.		
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)		
33	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS - Diligenciar en la página web (https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (INDEPENDIENTE - fecha no superior a 30 días)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE - fecha no superior a 30 días)		
36	Certificado ARL (INDEPENDIENTE - fecha no superior a 30 días)		
37	Certificado SARLAF - PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx		

El(la) suscrito(a) Lidy Stella Rada Bolaño identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.462.062 expedida en _____, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 07 del mes de Junio de 2023.

Firma

Nombre

Cédula

Lidy Stella Rada B.
Lidy Stella Rada Bolaño
57.462.062

Colombia Comercio Exterior

UTC -5 13:40:23

LEIDYS STELLA RAD...

Buscar

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar

Escritorio -- Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario

Género

Mujer

Cargo

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Título

Sra.

Nombre

LEIDYS STELLA

Apellidos

RADA BOLAÑOS

Fecha de Nacimiento

26/08/1984 (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Guaya)

Nombre y apellido

LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS

Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

Número de documento

57462062

Dirección

MANZANA C2 CASA 8 TIMAYUI

Código postal

47001

Estrato

3

Ubicación

Santa Marta

País

COLOMBIA

Correo electrónico

leidysstallaradabolano@gmail.com

Teléfono

Celular

3016025213

Nivel Educativo

Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

D.T.C.H SANTA MARTA JUNIO DEL 2023

Doctor

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Ciudad

Cordial Saludo

A solicitud de su respetada institución yo Leidy Rada B.
identificado con C.C No. 57462062 de Santa Marta

le solicito a usted dejarme ingresar como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro
del área de PSIQUIATRIA. espero reunir las condiciones
necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente

Leidy Rada Bolano

C.C 57462062 de Santa Marta

		Formulario del Registro Único Tributario		001	
1. Cero a 9: 02 Actualización			4. Número de formulario: 14704920551		
5. Número de identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección especial de impuestos y Aduanas de Santa Marta	
5 7 4 0 2 0 0 2		6			
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Personas naturales o personas jurídicas		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de identificación 5 7 4 0 2 0 0 2	
27. Fecha expedición 2 0 0 3 0 1 2 0					
28. Lugar de expedición COLOMBIA		29. Departamento MAGDALENA		30. Ciudad o municipio Santa Marta	
31. Primer apellido RADA		32. Segundo apellido BOLAÑOS		33. Primer nombre LEIDYS	
				34. Segundo nombre STELLA	
35. Fecha actual					
36. Nombre comercial					
UBICACIÓN					
37. País COLOMBIA		38. Departamento MAGDALENA		39. Ciudad o municipio Santa Marta	
40. Teléfono principal MZP CA 10 BRR TIMAYUY					
41. Correo electrónico leidystellabolaños@gmail.com					
42. Código postal		43. Teléfono 1		44. Teléfono 2	
		3 0 1 6 0 2 5 2 1 3		3 0 0 4 7 1 5 2 0 7	
CLASIFICACIÓN					
45. Actividad principal 8 6 1 2		46. Fecha inicio actividad 2 0 1 4 0 2 2 1		47. Código 5 1 3 2	
48. Actividad secundaria 1 6 9		49. Fecha inicio actividad 		50. Código 	
51. Ocupación 		52. Fecha inicio actividad 			
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 2 0					
54. Clasificación NIT					
Exportadores					
55. Forma 					
56. Tipo 					
57. Servicio 					
58. Código 					
Importantes: Con respecto a las actividades a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario (RUT), tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá la renovación.					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Fecha 2020-08-20 18:46:00		60. No. de Folios: 0			
61. Firma NO					
62. Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:					
63. Nombre: RADA BOLAÑOS LEIDYS STELLA					
64. Cargo: CONTRIBUYENTE					



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Rada	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Bolaños	NOMBRES Ledys Stella	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 57462062	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 26 MES 08 AÑO 1984 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA - MANZANA C2 CASA 8 TIMAYUI PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO 3016025213 EMAIL leidysstellaradabolano@gmail.com		

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X°	MES	11	AÑO	2001

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)			
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:			
TC (TÉCNICA)	TL (TECNOLÓGICA)	TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)	UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN)	MG (MAESTRÍA O MAGISTER)	DOC (DOCTORADO O PHD)	
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).			

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

ESPECÍFIQUE 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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE PSIQUIATRIA					DIRECCIÓN - CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALCAZERES						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES		
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	0

HOJA DE VIDA

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



La República de Colombia
y en su nombre, el

Instituto Nacional de Educación Media Diversificada
INEM "Simón Bolívar"
de Santa Marta

Creado por Decreto No. 1962 del 20 de noviembre de 1969, autorizado por el
Ministerio de Educación Nacional según Decreto No. 1085 del 8 de junio de 1971
y Resoluciones Nos. 11234 del 6 de diciembre de 1976, 130 del 23 de enero de
1978 y 17486 del 7 de noviembre de 1984,

Confiere a

Leidy Stella Rada Bolaño

Identificado con T.I. 50678 Expedida en Santa Marta

El Título de

Bachiller Técnico
Especialidad Promoción Social
(Comunidad)

Por haber alcanzado los logros de formación integral propuestos para
el Nivel de Educación Media Técnico, de acuerdo con el Proyecto
Educativo Institucional.

Jorge Smith Alota
Rector

Sara Esther Cerpa Barrios
Vicerrectora Administrativa

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

7 de 22



Centro de Educación en Salud del Magdalena
"Cesmag" Gabriel Angulo

Creado mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949, Aprobado mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Teniendo en Cuenta Que

LEIDYS STELLA RADA BOLANOS

C.C. No. 57.462.062

Expedida en STA. MARTA

Cursó y Aprobó todos los estudios programados por el Centro y Cumplió con todas las exigencias legales y reglamentaria
Le confiere el certificado de:

Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería

En constancia de lo anterior se firma y sella este certificado en la Ciudad de Santa Marta a los 24 días del mes de JULIO DE 2003

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA

(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"

Calle 23, No. 12-90 Santa Marta

Teléfono No. 4215776 FAX No. 4234520

NIT: No. 891-780-117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 126

En la ciudad de Santa Marta, a los 24 días del mes de julio de 2003 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los Alumnos del Programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, los suscritos Director y la Auxiliar Administrativo Sistematizado, de el **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, Creada en el Nivel Vocacional mediante Decreto No. 816 del 13 de diciembre de 1.949 por el Ministerio de Salud Nacional, Aprobada mediante Resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, y modificada mediante Ordenanza 020 de diciembre 23 de 1.992, comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado en **APTITUD OCUPACIONAL TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, al alumno cuyo nombre, apellidos y documento de identidad, se relacionan a continuación: **LEIDYS STELLA RADA BOLANOS**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 57.462.062 expedida en Santa Marta, Mag.

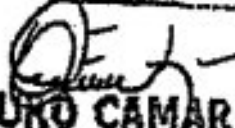
La presente Acta es fechada en julio 24 de 2003 y consta de 75 alumnos, que comienza con el nombre y apellidos de **ALMANZA ROJAS NANCY** y se cierra con el nombre y apellidos de **VARGAS TONCEL MERLY JOHANA**.

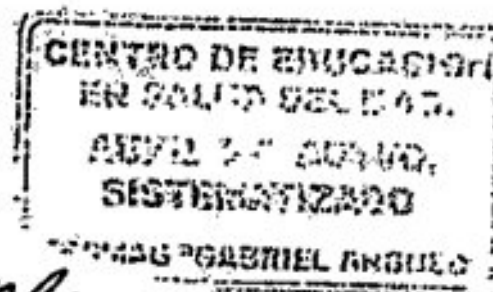
Firmada y sellada por el Dr. Arturo Camargo de la Cruz, Director y Mercedes Olano Rodríguez, Auxiliar Administrativo Sistematizado.

Dada en Santa Marta, a los 24 días del mes de julio de 2003.

República de Colombia
Dirección
Centro de Educación en
Salud del Magdalena

Firmada y Sellada


ARTURO CAMARGO DE LA CRUZ
Director




MERCEDES OLANO RODRIGUEZ
Aux. Adm. Sistematizado



GERSCOL
A NEW WAY

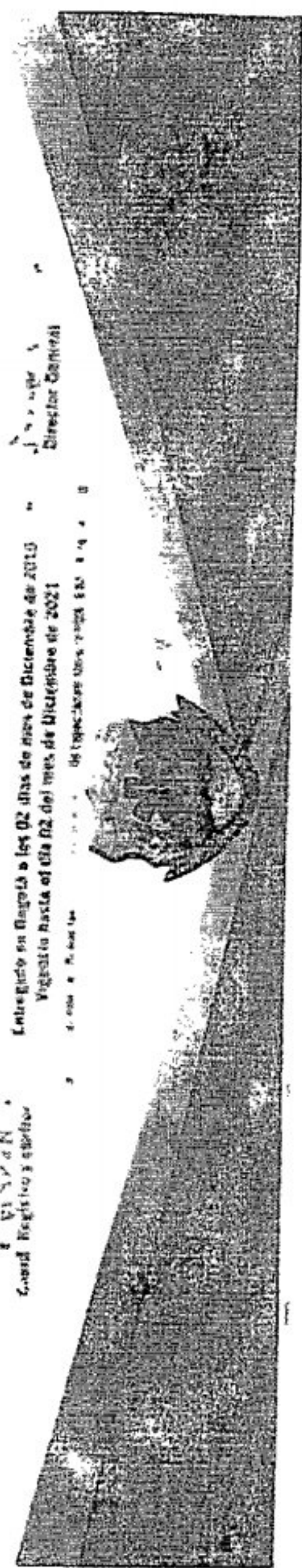
Leidy's Stella Rada Bolaños

100

El decreto establece un registro de educación de los menores de la resolución 2005-1.

Entregado en Bogotá a las 02 horas de noche de Diciembre de 2021
 Vigente hasta el día 02 del mes de Diciembre de 2021

Order	Product	Price	Quantity	Total
1	1000	1000	1	1000
2	2000	2000	1	2000
3	3000	3000	1	3000
4	4000	4000	1	4000
5	5000	5000	1	5000
6	6000	6000	1	6000
7	7000	7000	1	7000
8	8000	8000	1	8000
9	9000	9000	1	9000
10	10000	10000	1	10000
11	11000	11000	1	11000
12	12000	12000	1	12000
13	13000	13000	1	13000
14	14000	14000	1	14000
15	15000	15000	1	15000
16	16000	16000	1	16000
17	17000	17000	1	17000
18	18000	18000	1	18000
19	19000	19000	1	19000
20	20000	20000	1	20000
21	21000	21000	1	21000
22	22000	22000	1	22000
23	23000	23000	1	23000
24	24000	24000	1	24000
25	25000	25000	1	25000
26	26000	26000	1	26000
27	27000	27000	1	27000
28	28000	28000	1	28000
29	29000	29000	1	29000
30	30000	30000	1	30000
31	31000	31000	1	31000
32	32000	32000	1	32000
33	33000	33000	1	33000
34	34000	34000	1	34000
35	35000	35000	1	35000
36	36000	36000	1	36000
37	37000	37000	1	37000
38	38000	38000	1	38000
39	39000	39000	1	39000
40	40000	40000	1	40000
41	41000	41000	1	41000
42	42000	42000	1	42000
43	43000	43000	1	43000
44	44000	44000	1	44000
45	45000	45000	1	45000
46	46000	46000	1	46000
47	47000	47000	1	47000
48	48000	48000	1	48000
49	49000	49000	1	49000
50	50000	50000	1	50000
51	51000	51000	1	51000
52	52000	52000	1	52000
53	53000	53000	1	53000
54	54000	54000	1	54000
55	55000	55000	1	55000
56	56000	56000	1	56000
57	57000	57000	1	57000
58	58000	58000	1	58000
59	59000	59000	1	59000
60	60000	60000	1	60000
61	61000	61000	1	61000
62	62000	62000	1	62000
63	63000	63000	1	63000
64	64000	64000	1	64000
65	65000	65000	1	65000
66	66000	66000	1	66000
67	67000	67000	1	67000
68	68000	68000	1	68000
69	69000	69000	1	69000
70	70000	70000	1	70000
71	71000	71000	1	71000
72	72000	72000	1	72000
73	73000	73000	1	73000
74	74000	74000	1	74000



INGERSCOL

LA VENTURA

CERTIFICA QUE

Leidy's Stella Rada Bolaños

CC: 57.462.062

CURSO DE TOMA DE MUESTRAS

El presente es un documento que certifica que la Sra. Leidy's Stella Rada Bolaños ha cursado el curso de Toma de Muestras, el cual se dicta en la ciudad de La Ventura, provincia de Loja, Ecuador, en el mes de mayo del año 2018.

otorga el siguiente

CERTIFICADO

Leidys Stella Rada Bolaños

Por haber aprobado satisfactoriamente el curso de Manejo de la vacunación contra el COVID-19 en Colombia, realizado en modalidad teórico práctica bajo metodología Mastery Learning, para un total de 48 horas de educación continua.

Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el 23 de Febrero del 2021.



FEDERACIÓN MEDICA COLOMBIANA
Unión de médicos que mejoran la salud

Se otorga a la doctora MD. Dra. Stella Rada Bolaños, la certificación de haber aprobado el curso de Manejo de la vacunación contra el COVID-19 en Colombia, realizado en modalidad teórico práctica bajo metodología Mastery Learning, para un total de 48 horas de educación continua.



GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS



RESOLUCION No. 47

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS, identificada (a) con CC. N° 57.462.062 Expedida en Santa María - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la AUTORIZACIÓN del ejercicio de su profesión según título de APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, otorgado por EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" de Santa María, según Acta de Grado N° 126 del día 24 de Julio de 2003.

Que estudiada la Documentación presentada por el (la) solicitante esta cumple con los Requisitos establecidos en las Normas Legales vigentes:

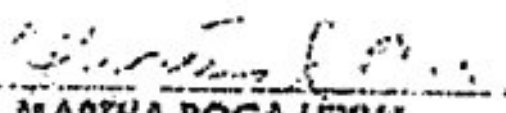
RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS, identificada (a) con CC. N° 57.462.062 Expedida en Santa María - Magdalena, para ejercer la profesión de APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, en el Territorio Nacional e inscribirse para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizó el Título o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde vaya a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa María, D.T.C.H. en fecha


MARTHA ROCA LEYVA
Secretaria de Salud Del Magdalena

Proyectado por Angélica E. López Carreranza

COPIA PARA EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA



GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS



RESOLUCION No. 47

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS, identificada (a) con CC. N° 57.462.062 Expedida en Santa María - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la AUTORIZACIÓN del ejercicio de su profesión según título de APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, otorgado por EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" de Santa María, según Acta de Grado N° 126 del día 24 de Julio de 2003.

Que estudiada la Documentación presentada por el (la) solicitante esta cumple con los Requisitos establecidos en las Normas Legales vigentes:

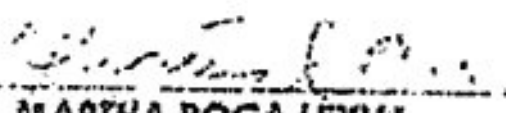
RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS, identificada (a) con CC. N° 57.462.062 Expedida en Santa María - Magdalena, para ejercer la profesión de APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, en el Territorio Nacional e inscribirse para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizó el Título o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde vaya laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa María, D.T.C.H. en fecha


MARTHA ROCA LEYVA
Secretaria de Salud Del Magdalena

Proyectado por Angélica E. López Carreras

COPIAS DESTINADAS A:



Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD](#)

[Notificaciones judiciales](#)

[Términos y condiciones de uso](#)



Cambiar

4053

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General - 2023-06-08--10:48:36 AM							
Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57462062	RADA	BOLANOS	LEIDYS	STELLA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) RADA BOLANOS LEIDYS STELLA identificado(a) con CC 57462062 registra La siguiente información:

2023-06-08--10:48:36 AM

Información Académica					
Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2008-08-20	6988	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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).



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Leidys Stella Rada Bolaño

c.c. 57462062 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial
- Código Fucsia / Sentencia C-055-2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-07-28

Fecha de vencimiento: 2024-07-28



verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.org



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

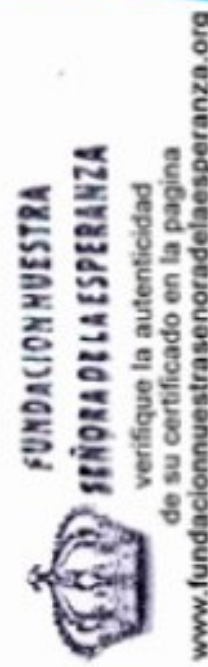
Leidys Stella Rada Bolaño

c.c. 57462062 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-07-27

Fecha de vencimiento: 2024-07-27





ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

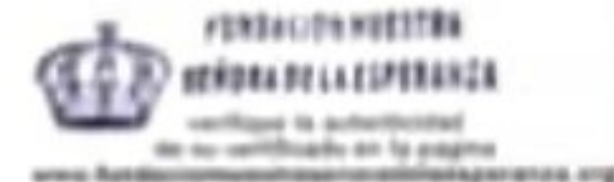


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Leidys Stella Rada Bolaño
CC 57462062 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-13
Fecha de vencimiento: 2025-06-13

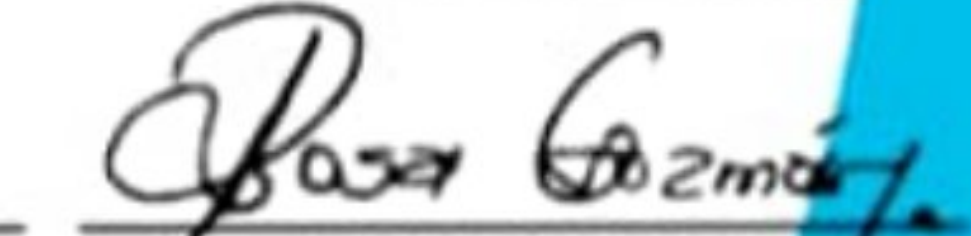




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

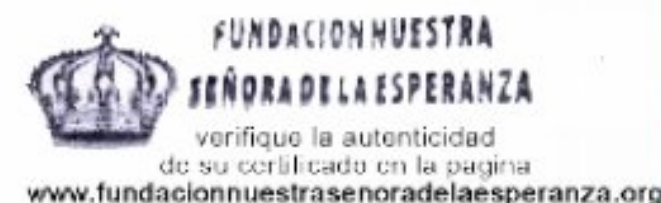


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Leidys Stella Rada Bolaño
CC 57462062 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-07
Fecha de vencimiento: 2025-06-07



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 14/12/2022

Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR

Nombre completo: LEIDYS STELLA RADA BOLAÑO

Responsable: El mismo paciente

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Edad: 38

Estado civil: Unión Libre

Teléfono:

N° hijos: 3

EPS: Salud Total EPS

Empresa en misión:

Identificación: CC: 57462062

Acompañante: Ninguno

Fecha nacimiento: 26/08/1984

Genero: Femenino

Escolaridad: Técnica

Dirección: Santa marta,

ARL:

AFP: Porvenir S.A.



Exámenes analizados

- Examen medico ocupacional .

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones específicas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. VALORACION CON NUTRICION POR EPS
SE RECOMIENDA REALIZACION DE MONITOREO AMBULATORIO DE TENSION ARTERIAL Y POSTERIOR CONTROL CON MEDICINA INTERNA POR EPS.

NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584

Aspirante o trabajador
LEIDYS STELLA RADA BOLAÑO
Identificación: CC: 57462062

Laboratorio Clínico Martínez S.A.S

CALLE 22 # 14 - 70 CONSULTORIO 7, CENTRO MEDICO PERLA DEL CARIBE, Santa marta,
Bogotá - Teléfono: 4311677 - Nit: 900777844-1

Fecha impresión: 14/12/2022

Página 1 de 1



U.T. UNIDAD CARDIOVASCULAR DEL CARIBE
HOSPITAL FERNANDO TROCONIS
DEPARTAMENTO DE HEMODINAMIA
NIT: 900134197-2



10

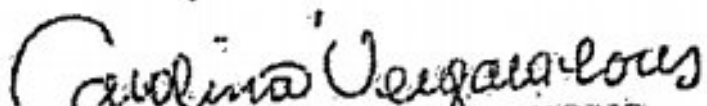
LA U.T. UNIDAD CARDIOVASCULAR DEL CARIBE, con domicilio en la Ciudad de Santa Marta, empresa aliada a la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS DE SANTA MARTA, para prestar los servicios de Cardiología Invasiva y No Invasiva.

HACE CONSTAR

Que la Señora LEIDYS RADA BOLAÑOS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 57.462.062, de Santa Marta - Magdalena, presta sus servicios como auxiliar de enfermería en el área de cardiología y hemodinamia, a través de contrato por Prestación de Servicio, desde 01 de diciembre de 2015 hasta 28 de febrero de 2017, cumpliendo a cabalidad con las obligaciones estipulado en su contrato.

La presente certificación se expide por la parte interesada, a los veintiocho días (28), del mes de Febrero de 2017

Cordialmente,


CAROLINA VERGARA TOUS
Representante Legal

Calle 23 Carrera 14 Esquina Tel: 4211569 Santa Marta.



SOLUCIONES TEMPORALES
DEL CARIBE S.A.S.
NIT. 900.546.457-0

SOLUCIONES TEMPORALES DEL CARIBE S.A.S.
NIT. 900.546.457-0

CERTIFICA

Por medio de la presente hacemos constar que LEIDYS STELLA RADA BOLAÑO, quien identifica con cedula de ciudadanía No. 57462062, laboró a través de Soluciones Temporales del Caribe S.A.S., como trabajador(a) en misión, con un contrato por obra o labor para la empresa usuaria UNION TEMPORAL UNIDAD CARDIOVASCULAR en el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA, iniciando labores el día 18 de Julio del 2015 hasta el 30 de junio del 2015

Además, presenta en nuestra base de datos el anterior contrato:

No. Contrato	Fecha de inicio	Fecha final	Cargo
00715	20 de junio del 2014	30 de junio del 2015	Aux. Enfermería

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada a los 08 días del mes de Agosto del 2016

Atentamente,


NATALINA GENTILBARRIOS
Directora Administrativa y Comercial



Carrera 53 No. 70-86 Oficina 207 * Tels.: 3563646 * 3563647 *
Barranquilla - Colombia

**E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
CENTRO DE SALUD DE BONDA**

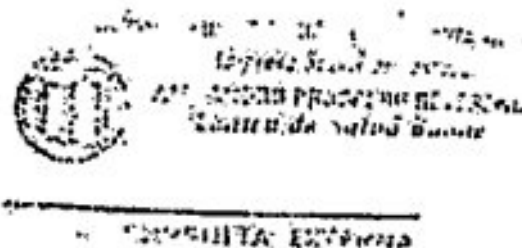
A QUIEN INTERESE

CERTIFICO QUE:

LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS identificada con CC 57,462,662 realizo sus practicas de induccion en el Centro de Salud de Bonda, por un periodo de 5 meses, realizando su trabajo en el area de urgencias y consulta externa. Durante el periodo de induccion fue una persona responsable y organizada.

Esta certificacion se expide el 26 de marzo de 2014.

Evelin Sofia Ariza Cera
EVELIN SOFIA ARIZA CERA
ENFERMERA C. S. BONDA



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 las zonas autorizadas

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre

Lerdys Stella

Apellido

Reador Bolaños

Documento
de identidad

CCX 11 *57.462.062*

Fecha de
emisión

26 *08* *1984*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1	23-01-14	0123456789	<i>[Firma]</i>
Toxide Tetánico Difteria Td	1	14-01-17	22108	<i>[Firma]</i>
	2	26-01-17	22114	<i>[Firma]</i>
	3	03-09-17	22045-1556	<i>[Firma]</i>
	4	05-09-18	22045-0556	<i>[Firma]</i>
	5	12-01-19	2215020463	<i>[Firma]</i>
Contra Hepatitis B	1	05-01-18	03217000	<i>[Firma]</i>
	2	05-05-18	03217024	<i>[Firma]</i>
	3	07-11-18	0329902101	<i>[Firma]</i>
R U 5 DIC 2019 AHBXBTB				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amplia		05-01-18	P30111V	<i>[Firma]</i>
Contra Influenza		18-09-18	V90219005	<i>[Firma]</i>
Virus de Papiloma Humano				

Tipo de declaración **INGRESO** Fecha de publicación **2023-02-14 16:16**

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LEIDYS	STELLA	RADA	BOLAÑO

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 57462062

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento MAGDALENA	Municipio SANTA MARTA	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento MAGDALENA	Municipio SANTA MARTA	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento MAGDALENA	Municipio SANTA MARTA
Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]	
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA	

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$1.800.000,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$1.800.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☒ No ☐

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☒

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NEISSER		RADA	ORTEGA

Tipo documento

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

12637745

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

--

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí

☐

No

☒

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí

☐

No

☒

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

Sí

☐

No

☒

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--

STAMARTA, Junio 8 de 2023

Señora:
RADA BOLAÑOS LEIDYS STELLA
CC. 57462062
TIMAYUI MZCA C2 8 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

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.A. se realizó a partir de Octubre 21 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RADA BOLAÑOS LEIDYS STELLA	57462062	C	Oct-21-2020	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
RADA ORTEGA NEISSER	12637745	C	Dic-26-2020	52	26	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
RADA RADA MICHAEL GULIET	1082891669	T	Oct-7-2021	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
RADA RADA YENIFER PAOLA	1084055287	T	Oct-7-2021	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
RADA RADA MARILIN CECILIA	1004365279	C	Oct-21-2020	52	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

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
LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS	57462062	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS	57462062	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	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,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

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



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.462.062**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN****POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.****HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS** con **CC No. 57462062**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Fecha de última cobertura: 01/06/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 01/06/2023 Fecha fin de Contrato: 31/08/2023 Clase de Riesgo: 3 Cargo : AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

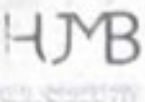
Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301016172394.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 8 días del mes de junio de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FUNDAR
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad SANTA MARTA	Oficina 	Fecha Vinculación
-----------------------	-------------	-----------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos LEIOYS STELLA RADA BOLAÑOS										Sexo M ☐ F ☐ X ☒		
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ R.C. ☐ PP ☐				Número 57462062				Expedida en SANTA MARTA		Fecha de Expedición 10/01/2003		
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☒ Viudo ☐				Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐				No. Personas a cargo 3		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒		
Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒												
Fecha nacimiento 26 / 8 / 1984		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Dirección Domicilio MZ F CASA 19 BARRIO TIMAYUI				Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA		
Correo Electrónico leioysstellaadabolaños@gmail.com				No. Celular 3016025213				Telefono 				
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐										Actividad Principal CIU 8 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 0 ☐		
Descripción del CIU ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICA CON INTERNACION												

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal 	Tipo de Documento C.C. ☐ P.P. ☐	Número
---	--	------------

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio E.S.E. HJMB	Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, ¿cual? ☐	Cargo ENFERMERA
Dirección de empresa o negocio KRA 14 #23-12	Ciudad SANTA MARTA	Barrio ALCACERES
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI ☐ NO ☒	No. Teléfono 4346262	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

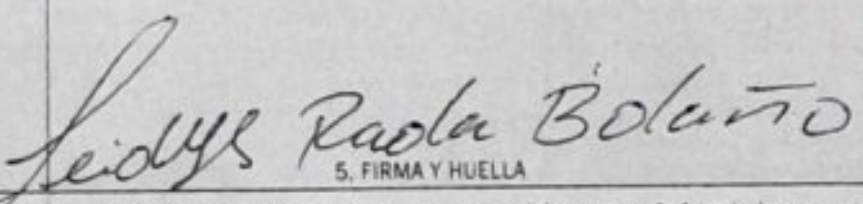
Total Ingresos Mensuales 1.800.000	Total Egresos mensuales 1.800.000
Otros Ingresos Mensuales 	Otros Egresos Mensuales
Total Activos 	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Es declarante? SI ☐ NO ☒
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? NO	
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO	
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: SALARIO	

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercado, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche S.A.

5. FIRMA Y HUELLA  

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

