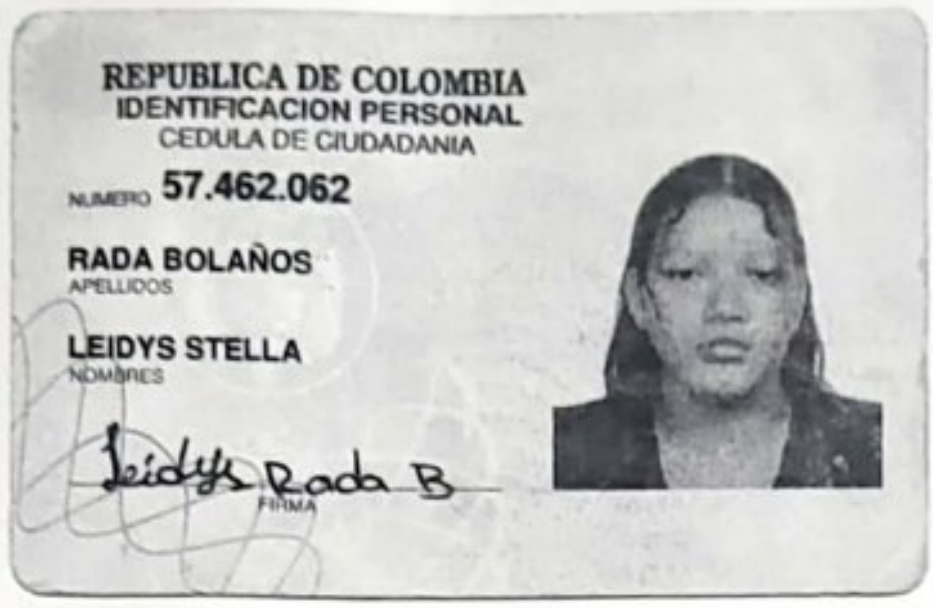
En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO LEIDYS ESTELLA RADA BOLAÑOS, Identificado con Cédula No. 57.462.062 de SANTAMARTA, y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en 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 HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Leidys Stella Rada Bolaño

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)		
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)		
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)		
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).		
13	Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).		
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	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*.		
25	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*)		
26	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.*		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de *Urgencias y Transporte Asistencial*).		
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
29	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)		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*		
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://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)		
36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/		


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.462.062

RADA BOLAÑOS
APELLIDOS

LEIDYS STELLA
NOMBRES

Leidys Rada B
FIRMA



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner


siji.hujmb.gov.co/proveedores/consulta/natural.php
En pausa
SIJI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese numero de identificación
Verificar Registro
Has buscado el número de identificación: 57462062
Resultados encontrados:
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 57462062 RADA BOLAÃ‘OS LEIDY STELLA 2023-09-22, 9:40 am
© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.462.062 expedida en SANTA MARTA, 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.

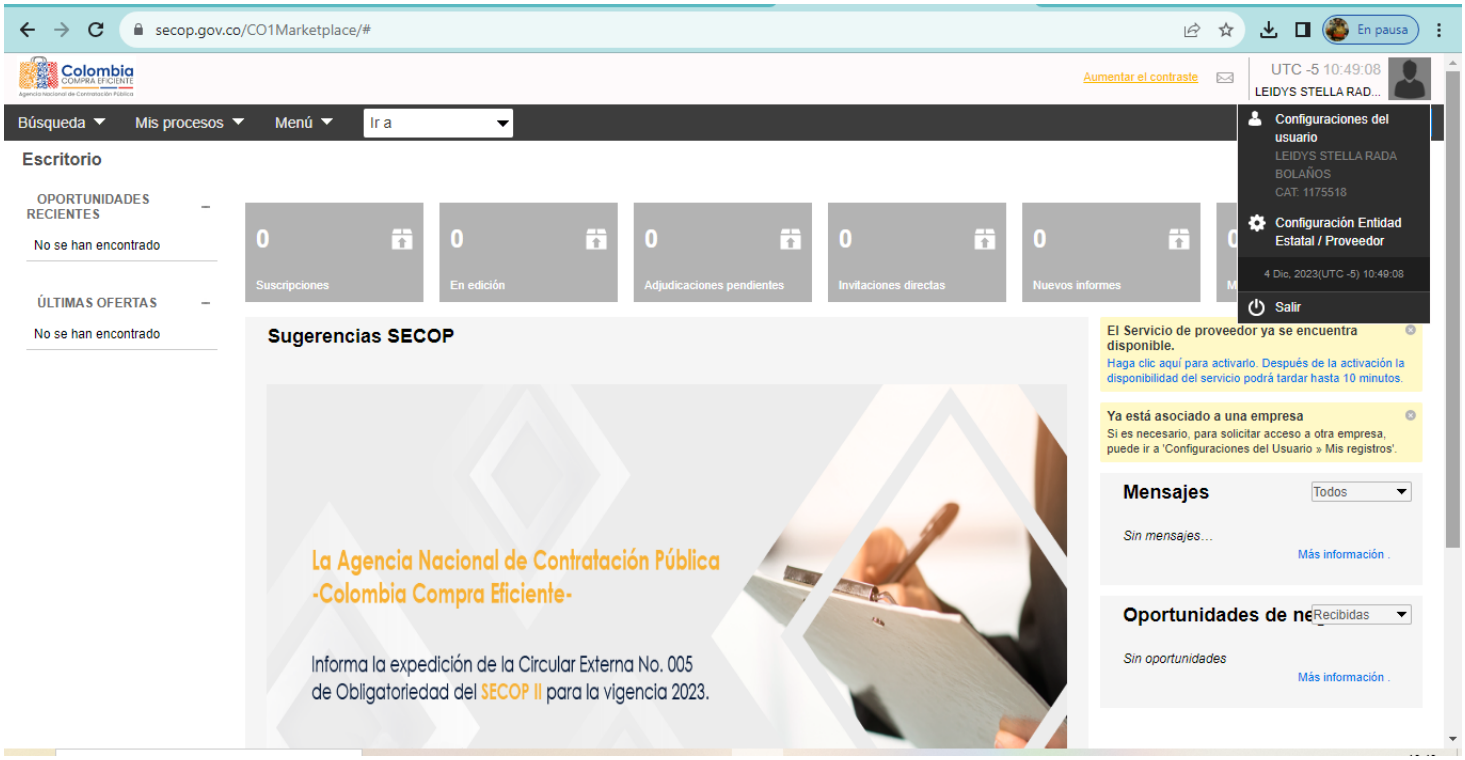
Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 02 del mes de Diciembre de 2023.

Firma Leidys Stella Rada Bolaño

Nombre LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS

Cédula 57.462.062 SANTA MARTA

COPIA CONTROLADA


secop.gov.co/CO1Marketplace/#
En pausa
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:49:08
LEIDYS STELLA RAD...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Configuraciones del usuario
LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS
CAT: 1175518
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
4 Dic, 2023(UTC -5) 10:49:08
Salir
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
Sugerencias SECOP
La Agencia Nacional de Contratación Pública -Colombia Compra Eficiente-
Informa la expedición de la Circular Externa No. 005 de Obligatoriedad del SECOP II para la vigencia 2023.
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información .
Oportunidades de ne
Recibidas
Sin oportunidades
Más información .

Santa marta, Diciembre de 2023

DR. GERMAN GAVIRIA VARGAS
GERENTE
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

RESPETADO DOCTOR:

Yo **LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS** Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 57.462.062 Expedida en Santa Marta y con Domicilio de Residencia en la Ciudad de Santa Marta, **OFREZCO MIS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA** en este prestigioso Hospital.

Cordialmente y Agradecido



LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS
C.C. 57462062
DIRECCION: MANZANA F CASA 19 TIMAYUI
E-MAIL: leidysstellaradabolano@gmail.com
CEL: 3016025213

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Diligencia 02 Actualización

4. Número de formulario 14704920551

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5746208 2 6

6. DV

12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Usuario electrónico 1 0

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 13

25. Número de Identificación: 57462082

27. Fecha expedición: 2003 01 20

21. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País 169

29. Departamento: Magdalena 47

30. Ciudad/Municipio: Santa Marta 001

31. Primer apellido: RADA

32. Segundo apellido: BOLAÑOS

33. Primer nombre: LEIDYS

34. Otros nombres: STELLA

35. Razón social

UBICACIÓN

36. Dirección principal: MZ F CA 19 BRR TIMAYUY I

37. Correo electrónico: leidysstellaradabolano@gmail.com

38. País: COLOMBIA 169

39. Departamento: Magdalena 47

40. Ciudad/Municipio: Santa Marta 001

42. Dirección seccional

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3016025213

45. Teléfono 2: 3004715287

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 8692 — 47. Fecha inicio actividad: 2014 02 21

Actividad secundaria — 48. Código — 49. Fecha inicio actividad

Otras actividades — 50. Código 1 2

Ocupación

51. Código: 5132

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

54. Ubicación NIF

Obligados aduaneros

55. Código

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. Agente retenedor: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2020 - 08 - 20 / 18 : 46: 00

La información inscrita a través del presente medio de suscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser cierta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se aplicarán las sanciones administrativas establecidas en la legislación, según el caso.
Parágrafo del artículo 16 Ley 1607 del Diciembre 26 de 2012.
Firma del solicitante

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

984. Nombre: RADA BOLAÑOS LEIDYS STELLA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-08-2020 18:46:57:744

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Rada	Bolaños	Ledys Stella

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57462062 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 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°	11°	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** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

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

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

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA

Leidys Stella Rada Bolaños

LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

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 197[illegible] 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

Leidys 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 Motta
Rector

Sara Esther Vergara Varela
Vicerrectora Administrativa

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación

Powered by CamScanner

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 EDUCACIÓN 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 BOLAÑOS,** 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.

Firmada y Sellada

República de Colombia
Dirección
Centro de Educacion en
Salud del Magdalena

ARTURO CAMARGO DE LA CRUZ
Director

CENTRO DE EDUCACION
EN SALUD DEL MAG.
AUXILIAR ADMVO.
SISTEMATIZADO
CESMAG "GABRIEL ANGULO"

MERCEDES OLANO RODRIGUEZ
Aux. Admvo. Sistematizado

Powered by CamScanner

Revive
Entrenamiento Médico Integral

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.

FEDERACION MEDICA COLOMBIANA

Powered by CamScanner

GERSCOL

CERTIFICA QUE

Leidys Estella Rada Bolaños

CC: 57.462.062

CURSO DE TOMA DE MUESTRAS





REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

y en su Nombre

El 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. MTA.

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

GERSCOL

CERTIFICA QUE:

Leidys Stella Rada Bolaños

CC: 57.462.062

CURSO DE MANEJO DEL DEA

con duración de 08 horas en la modalidad presencial
el decreto unico reglamentario de educación
los lineamientos de la resolución 2003

Entregado en Bogotá a los 02 días de mes de Diciembre de 2019
Vigente hasta el día 02 del mes de Diciembre de 2021

Director General

Powered by CamScanner

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

RESOLUCION No. 47 _____
"Por la cual se registra un titulo"
EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1954 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS,** identificado (a) con CC Nº 57.462.062 Expedida en Santa Maria - Magdalena, solicito ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** del ejercicio de su profesion según titulo de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** otorgado por EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA **"CESMAG"** de Santa Maria, segun Acta de Grado Nº. 126 del dia 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,** identificado (a) con CC Nº. 57.462.062 Expedida en Santa Maria - Magdalena, para ejercer la profesión de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo para laborar en el Departamento.

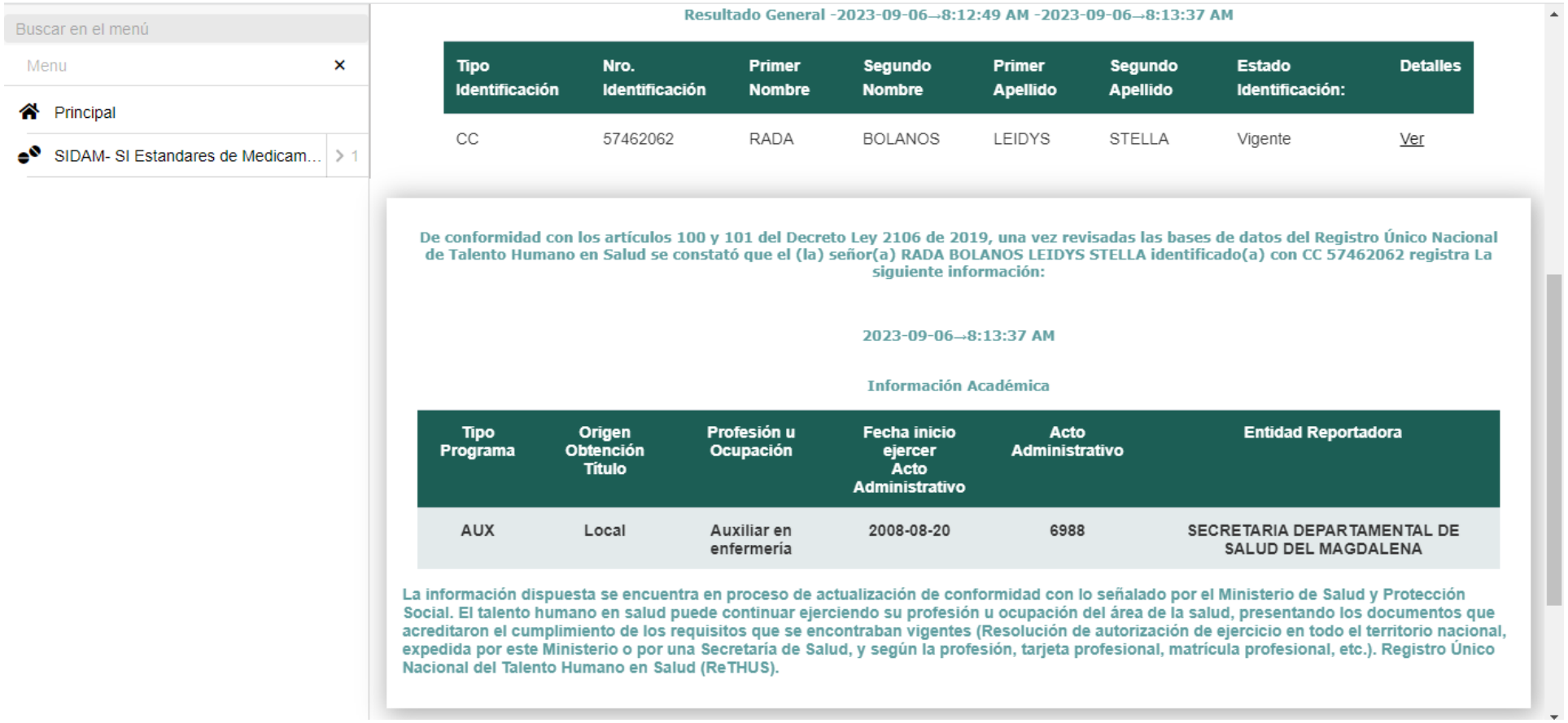
ARTICULO SEGUNDO: para poder ejercer la profesión en Zona Geografica diferente a donde se Autoriza el Titulo o Certificado la persona debera inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde vaya laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

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

MARTHA ROCA LEYVA
Secretaria de Salud Del Magdalena

Proyectado por Angélica [illegible]


Buscar en el menú
Menu
Principal
SIDAM- SI Estandares de Medicam...
1
Resultado General -2023-09-06→8:12:49 AM -2023-09-06→8:13:37 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:
2023-09-06→8:13:37 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).

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

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 especificas

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 PREVENCION 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

LA HISTORIA CLINICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCION 1918 DEL 2009

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

10

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

LA U. T. UNIDAD CARDIOVASCULAR DEL CARIBE, con domicilio en la Ciudad de Santa Marta, empresa aliada a la ESE HOSPITAL UNIVERSITRARIO 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

CAROLINA VERGARA TOUS
Representante Legal

Powered by CamScanner

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

A QUIEN INTERESE

CERTIFICO QUE:

LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS identificada con CC 57,462,062 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 urgncias y consulta externa. Durante el periodo de induccion fue unapersona respcnsble y organizada.

Esta certificacion se expide el 26 de marzo de 2014.

Evelin Sofía Ariza Cera

EVELIN SOFIA ARIZA CERA.
ENFERMERA C. S. BONDA.

Powered by CamScanner

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 día18 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

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

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

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 57462062 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 03/12/2023 12:25 AM

Código Verificación: **ZPNUGDQSCB**

Válida hasta: **02/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Laboratorio

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jeidys Stella
Apellidos: Prador Bolaños
Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 57462062
Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 08 Año 1984

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1	23-01-14	0125w13xxx	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	14-04-17	22408	
	2	26-04-17	22419	
	3	03-09-17	22045:1516A	
	4	05-09-18	22015C1516C	
	5	12-04-19	22150201GB	
Contra Hepatitis B	1	05-04-18	0321702D	
	2	05-05-18	0321702A	
	3	07-10-18	0329702IC	

ROS DIC 2019 AHBXC8FTMB 10x10

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		05-04-18	P3411V	
Contra Influenza		15-09-18	U5021900S	
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner

FUNCIÓN PÚBLICA

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

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:

Powered by CamScanner

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 [X]

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

Powered by CamScanner

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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 [X] 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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NEISSER		RADA	ORTEGA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 12637745

Powered by CamScanner

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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

Powered by CamScanner

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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 [X]

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:

Powered by CamScanner

STAMARTA, Diciembre 3 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	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion 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	COMPAÑERO(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 prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS	57462062	Contrato de prestacion 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.
Elaboró: Servicios en Línea

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 3 de Diciembre 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.

HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos LEIDYS STELLA RADA BOLAÑOS												Sexo			
												M		F	X
Tipo de Documento								Número	Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	57462062	SANTA MARTA		10/01/2003			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendado	Familia	Rural	Urbano
			X					X		3			X		X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
26	8	1984	SANTA MARTA			MZ F CASA 19 BARRIO TIMAYUI					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
leidysstellaradabolano@gmail.com											3016025213				
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			8	6	1	0	
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIIU							
AUXILIAR DE ENFERMERIA								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					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.800.000		Total Egresos mensules	1.800.000			
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X

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 ilicitas 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 ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare 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 mercadeo, 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 consignan 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 Mendez barreneche S.A.

Leidys Raola Bolaño

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):

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner