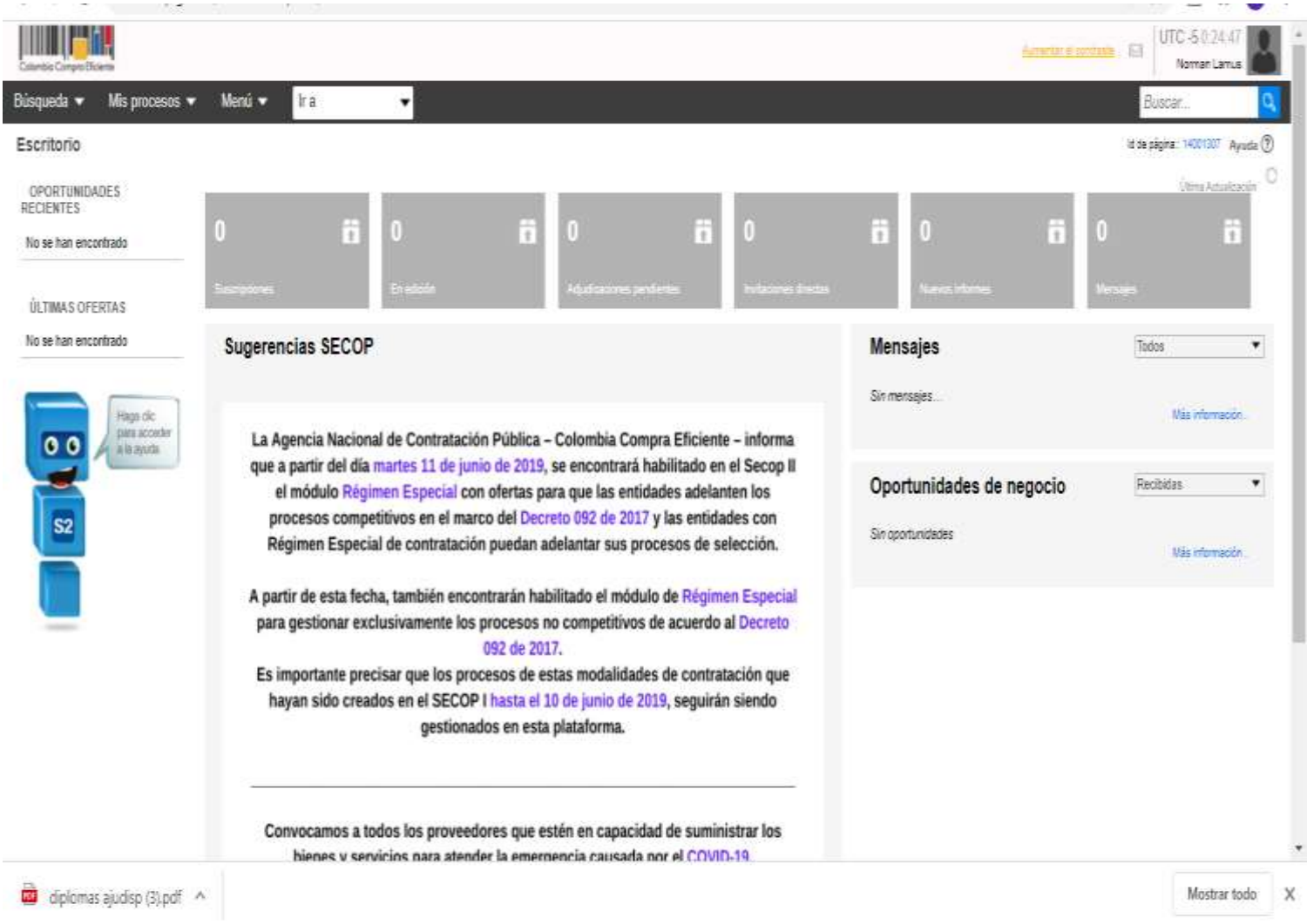

Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 0:24:47
Norman Lamus
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página: 14001307
Ayuda
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Última Actualización
0
Suscripciones
0
En edición
0
Adjudicaciones pendientes
0
Invitaciones directas
0
Nuevos informes
0
Mensajes
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
Sugerencias SECOP
La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente – informa que a partir del día martes 11 de junio de 2019, se encontrará habilitado en el Secop II el módulo Régimen Especial con ofertas para que las entidades adelanten los procesos competitivos en el marco del Decreto 092 de 2017 y las entidades con Régimen Especial de contratación puedan adelantar sus procesos de selección.
A partir de esta fecha, también encontrarán habilitado el módulo de Régimen Especial para gestionar exclusivamente los procesos no competitivos de acuerdo al Decreto 092 de 2017.
Es importante precisar que los procesos de estas modalidades de contratación que hayan sido creados en el SECOP I hasta el 10 de junio de 2019, seguirán siendo gestionados en esta plataforma.
Convocamos a todos los proveedores que estén en capacidad de suministrar los bienes y servicios para atender la emergencia causada por el COVID-19
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información...
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información...
diplomas ajudisp (3).pdf
Mostrar todo
X

Subred Centro Oriente

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Gracias por contestar la Encuesta Sociodemográfica.

Aceptar

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

Escaneado con CamScanner

FORMATO DE RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
PERSONA NATURAL

Yo NORMAN YESID LAMUS AVILA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1070327119 expedida en la ciudad de EL COLEGIO CUND, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI ( ) NO (X) he suscrito contratos de prestación de servicios con otras entidades estatales y que relaciono a continuación:

No.	ENTIDAD ESTATAL	CONTRATO No. (vigente)	FECHA DE INICIO (DD/MM/AAAA)	FECHA DE FINALIZACIÓN (DD/MM/AAAA)
1				
2				
3				
4				
5				

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento a los Catorce (14) días del mes de Noviembre del año 2023.

Firma
Nombre: ***Norman Yesid Lamus Avila***
C.C.:1070327119

Decreto 189 de 2020 "Por el cual se expiden lineamientos generales sobre transparencia, integridad y medidas anticorrupción en las entidades y organismos del orden distrital y se dictan otras disposiciones". "Artículo 17. Información complementaria de los contratistas. Todas las personas naturales y jurídicas que suscriban contrato de prestación de servicios con el Distrito Capital, deberán presentar a la entidad distrital contratante la relación de contratos de prestación de servicios suscritos con otras entidades estatales cualquiera sea su orden."

Bogotá D.C

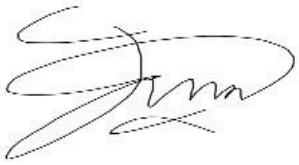
Señores:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

REF¸ Autorización cargue de documentos en SECOP II

Yo, __NORMAN YESID LAMUS AVILA_____ identificado (a) con el número de cédula _1070327119_____, en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…"

Manifiesto que autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** para cargar mis documentos personales en la plataforma SECOP II para los fines contractuales.

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: __1070327119_____

Dirección de contacto: ___CALLE 49 B N° 9 -89 SUR_____

Teléfono: ___3219254949_____

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-nov-2023

Fecha Validación:16-nov-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
LAMUS	AVILA	NORMAN YESID

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1070327119	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1070327119 D.M No tengo

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES MAY AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD El Colegio

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll49b#9-89sur bloq-8 apto-201

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3219254949

EMAIL yesid1589@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 BASICA											TITULO Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2008
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	8	X		TRABAJO SOCIAL	12	2018	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE VICTIMAS	AJUDISP	2020	20
SOPORTE VITAL BASICO	AJUDISP	2020	20
el servidor publico y el servicio al ciudadano	escuela superior de administracion publica	2019	24
SOPORTE VITAL BASICO	SENA	2018	20

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-nov-2023

Fecha Validación:16-nov-2023

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	INSTITU DE EDUCACIÒN INGABO	2014	1800

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

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

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	vcspcor@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
018000126488	DIA 4 MES 6 AÑO 2020	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TRABAJADOR SOCIAL	SALUD PUBLICA	Carrera 3a Este #31d Sur-1

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría de Educación del Distrito	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@educacionbogota.edu.co Notificaciones

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3241000	DIA 8 MES 8 AÑO 2019	DIA 26 MES 8 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DOCENTE	SOCIALES	Av. El Dorado No 66-63 Bogotá

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-nov-2023

Fecha Validación:16-nov-2023

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
AJUDISP		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	dordonez@clinicos.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3106174433	DIA 28 MES 6 AÑO 2019	DIA 10 MES 1 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TRABAJADOR SOCIAL	ASESORÍA	BOGOTA- BOSA

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 22 MES 3 AÑO 2017	DIA 16 MES 5 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
auxiliar de enfermeria	HOSPITALIZACION	Cra. 14b #1-45 sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORPORACION E.V.A. SERVICIOS INTEGRALES		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	corpo.e.v.a.2015@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3505424156	DIA 16 MES 2 AÑO 2016	DIA 2 MES 4 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TRABAJADOR SOCIAL EN FORMACIÓN	ASISTENCIA Y ASESORÍA	Carrera 70 b # 5 A 17

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-nov-2023

Fecha Validación:16-nov-2023

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Alianza		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	http://alianzatemporal.com.co/

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3512300	DIA 12 MES 1 AÑO 2016	DIA 9 MES 3 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Courrier pie	Masivos	cra 34#4-29

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	4	2
Pública	6	7
Total	7	9

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-nov-2023

Fecha Validación:16-nov-2023

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. - 16-nov-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-nov-2023

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NORMAN YESID LAMUS AVILA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1070327119 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Cll49b#9-89sur bloq-8 apto-201 **Teléfonos** 3219254949 3219254949

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DELFIN LAMUS LINARES	3004819	Padre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 3.709.728,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 3.709.728,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco de Bogotá	Cuenta corriente	878977	SANTA LUCIA	$ 0,00
Banco de Bogotá	Cuenta de ahorros	055382204	Bogota	$ 1.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	moto suzuki 150	$ 6.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco Bogota	credito	$ 6.000.000,00
COMPENSAR PROTECCIÓN	SALUD PENSIÓN ARL CAJA DE	$ 460.000,00
NOVO MOLINOS Family Club	COTA INICIAL DE APARTAMENTO	$ 21.000.000,00

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-nov-2023

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Orie	Integrante

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ○ C.E ○ T.I. ○	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
AUXILIAR DE ENFERMERIA	EMPLEADO
TRABAJADOR SOCIAL	EMPLEADO

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-nov-2023

CIUDAD Y FECHA

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los __14__ de ____Noviembre___ de ___2023____

Cordialmente,

__NORMAN YESID LAMUS AVILA_____
C.C.10470327119

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como Servidor Público de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- Promover en mi grupo de trabajo, y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- Conocer el Código de Integridad de la Subred Centro Oriente y, por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como servidor público.
- Actuar bajo los lineamientos del código de integridad, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

_____

_____

_____

Nombre: NORMAN YESID LAMUS AVILA

Documento: 1070327119

Cargo: TRABAJADOR SOCIAL

Fecha: 14 noviembre de 2023

La República de Colombia

y en su nombre

La Institución Educativa Departamental El Tequendama

Sede "Colegio Departamental El Tequendama"

El Colegio - Cundinamarca

Jornada Nocturna

Educación Formal de adultos por Ciclos Integrados Especiales.
Modalidad Presencial. Autorizado por la Secretaría de
Educación y Cultura de Cundinamarca, Según Resolución
No. 1351 del 24 de Noviembre de 1999 y Resolución de Integración
No. 004353 de 2004.

Confiere a

Lamus Avila Norman Yesid

1.070.327.119 El Colegio

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al P.E.I y las normas vigentes.



Julio Alonso Córdoba Guaba
C.C. 2.993.080 de Chía Cundinamarca
Rector

Ana Leonor Cagrago Rodríguez
C.C. 35.378.433 El Colegio
Secretaria

Anotado al folio No 22 del libro para control interno de Diplomas No 01 I.N.

Dado en El Colegio - Cundinamarca a seis (06) de Diciembre del año 2019

Sin reconocimiento oficial de la Secretaría de Educación, según Decreto No 972 del 6 de Mayo de 1998.

Escaneado con CamScanner

República de Colombia

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009
de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño
Acuerdos No. 056 de Diciembre de 2008 y 158 de 21 de mayo de 2009 del Ministerio de Protección Social

Confiere El Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como

Técnico Laboral

A: NORMAN YESID LAMUS AVILA

C.C 1.070.327.119 DE EL COLEGIO

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Duración del Programa: 1.800 Horas

Director

Secretaria Académica

Dado en Bogotá D.C., a los 05 días del mes de Septiembre de 2014
Registro Folio No. 45/53 del Libro de Certificados No. 4

Escaneado con CamScanner

UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Norman Yesid Lamus Avila

CC No. 1,070,327,119

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución, la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Trabajador Social

en testimonio se firma y sella este diploma

Consejo de Fundadores

Rector General

SECRETARÍA GENERAL

Secretario General

Personería Jurídica otorgada por resolución 10543 del 1 de agosto de 1990, Ministerio de Educación Nacional

República de Colombia

Documento protegido con Marca de Agua Digital, verificar con SecureDoc

Folio 482 del libro de Registro No. 308
Bogotá, 27 de junio de 2019
No. 1028618

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL EL TEQUENDAMA
SEDE : " COLEGIO DEPARTAMENTAL EL TEQUENDAMA"

EL COLEGIO CUNDINAMARCA
RESOLUCIÓN DE INTEGRACIÓN No. 004553 de 2004
APROBACIÓN OFICIAL, RESOLUCIÓN No. 21619
DANE 125245000291
JORNADA NOCTURNA

Acta Individual de Graduación

En la Ciudad de El Colegio (Cundinamarca) , a seis (06) de Diciembre del año 2008, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, de la Jornada Nocturna, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO DEPARTAMENTAL EL TEQUENDAMA de El Colegio Cundinamarca, institución aprobada en el Nivel de Educación Formal de adultos por Ciclos Integrados Especiales, Modalidad Presencial y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca , según Resolución No. 1351 del 24 de Noviembre de 1999

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Lamus Avila Norman Yesid
1.070.327.119 El Colegio

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 18 Del seis (06) de Diciembre del año 2008. Consta de 67 estudiantes, comienza con el nombre de JUDY MILENA ACHURY ULLOA y se cierra con el nombre de JAIME ZAMORA MEDINA

Firmada por TULIO ALONSO CÓRDOBA GUABA (Rector) y ANA LEONOR CAMARGO RODRÍGUEZ (Secretaria)
Dada en el Municipio de El Colegio Cundinamarca a seis (06) de Diciembre del año 2008

Firmada y sellada

Tulio Alonso Córdoba Guaba
C.C. 2.993.040 de Chia Cundinamarca
Rector

Ana Leonor Camargo Rodríguez
C.C. 35.375.433 El Colegio
Secretaria

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Aprobado por resoluciones 15-027 del 22 de Septiembre de 2009 y 15-028 del 28 de Septiembre de 2009, emanadas de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño. Con autorización Oficial según acuerdo No. 056 del 5 de Diciembre de 2008 y acuerdo No. 158 del 21 de Mayo de 2009 emanados por el Ministerio de Protección Social

Acta Individual de Certificación de Técnico Laboral

LIBRO 4 FOLIO 53 REGISTRO 45

En la Ciudad de Bogotá a los 29 días del mes de Agosto del año 2.014, se reunieron los suscritos Director(a) y Secretario(a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de aptitud ocupacional por competencias como **TÉCNICO LABORAL** con una duración de 1800 (horas) quien curso y culmino satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

NORMAN YESID LAMUS AVILA
C.C 1.070.327.119 DE EL COLEGIO

Es fiel copia del Acta Original General N°. 57 del libro de registro N°4, con fecha 29 de Agosto de 2.014, que consta de 113 alumnos que comienzan con el nombre de CANDELARIA DEL CARMEN ARRIETA ARRIETA y se cierra con el nombre de DOBY DANILO ZUÑIGA SANTOS firmado por:

CARLOS MAURICIO BAEZ P.
DIRECTOR
C.C. No. 79.884.207 de Bogotá

MARÍA GERTRUDIS AVELLANEDA
SECRETARIA GENERAL
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá a los **05** días del mes de **Septiembre** del año **2.014**

UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 101

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Certifica:

Que en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital; el día veintisiete (27) de Junio de dos mil diecinueve (2019), la ***Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO,*** *Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de* ***Trabajador Social a Norman Yesid Lamus Avila*** *con cédula de ciudadanía No.* ***1.070.327.119*** *quien aprobó el trabajo de grado y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No* ***100818*** *que lo acredita como tal, registrado en el Folio* ***487*** *del Libro No.* ***009*** *de Registro de Títulos expedidos por la* ***Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.***

La Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO *está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES* ***11278*** *concedido por el Ministerio de Educación Nacional.*

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital; el día veintisiete (27) de Junio de dos mil diecinueve (2019).

P. Harold de Jesús Castilla Devoz
Rector General

Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General

SECRETARIA GENERAL

Documento protegido con Marca de Agua Digital, verifique con lectores
Personería Jurídica otorgada por resolución No. 0043 de 5 de agosto de 1990 por el Ministerio de Educación Nacional

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

NORMAN YESID LAMUS AVILA

C.C.1070327119

participó en el curso virtual:

"Sexualidad gestación y nacimiento humanizado" - Convenio PIC - SISS Sur

Del 19 octubre 2021 al 30 de octubre del 2021
Con una intensidad horaria de 40 horas
Bogotá

5 E i H 4 N a 3 d U

Luis Fernando Pineda Ávila
Gerente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Sara Valencia Cadavid
Directora del Centro de Educación e Investigación en Salud (CDEIS)

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

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

LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Nacional

Departamento de Capacitación - Bogotá, D.C.

CERTIFICA QUE:

NORMAN YESID LAMUS ÁVILA
C.C 1.070.327.119

PARTICIPÓ en el CURSO

DERECHOS EN PERSONAS CON ORIENTACIONES SEXUALES E IDENTIDADES DE GÉNERO DIVERSAS

Realizado en Bogotá, D.C. entre el 7 y el 28 de Junio de 2019

Con una intensidad de 24 horas, Se expide el 28 de Junio de 2019

JOSÉ VICENTE CASAS DÍAZ
Subdirector de Proyección Institucional
Escuela Superior de Administración Pública

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

Para verificar la autencidad del certificado, ingrese a http://sirecec3.esap.edu.co/ y digite el código. Código: b375b735-59ea-4c35-a46a-458104964e21

LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Nacional

Departamento de Capacitación - Bogotá, D.C.

CERTIFICA QUE:

NORMAN YESID LAMUS ÁVILA
C.C 1.070.327.119

PARTICIPÓ en el CURSO

EL SERVIDOR PÚBLICO Y EL SERVICIO AL CIUDADANO

Realizado en Bogotá, D.C. entre el 29 de Marzo y el 19 de Abril de 2019

Con una intensidad de 24 horas, Se expide el 19 de Abril de 2019

RUBY MARITZA GERENA USECHE
Jefe (E) Departamento de Capacitación
Escuela Superior de Administración Pública.

Vigilada Mineducación

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

Para verificar la autencidad del certificado, ingrese a https://sirecec3.esap.edu.co/ y digite el código. Código: 5d1e893f-bd13-4b6d-814b-8881892b356a

LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Nacional

Subdireccion de Proyección Institucional

CERTIFICA QUE:

NORMAN YESID LAMUS ÁVILA
C.C 1.070.327.119

PARTICIPÓ en el CURSO

LA GESTIÓN FINANCIERA PÚBLICA, EN LA CONSTRUCCIÓN DE PAZ EN COLOMBIA

Realizado en Bogotá, D.C. entre el 9 y el 27 de Septiembre de 2019

Con una intensidad de 24 horas, Se expide el 27 de Septiembre de 2019

CATALINA SUÁREZ COLORADO
Jefe Departamento de Capacitación (E)
Escuela Superior de Administración Pública.

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

Para verificar la autencidad del certificado, ingrese a http://sirecec3.esap.edu.co/ y digite el código. Código: 7441c1e0-330f-4f69-8e8f-6cc69338aa51

LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Nacional

Subdireccion de Proyección Institucional

CERTIFICA QUE:

NORMAN YESID LAMUS ÁVILA
C.C 1.070.327.119

PARTICIPÓ en el DIPLOMADO

MECANISMOS DE CONTROL SOCIAL

Realizado en Bogotá, D.C. entre el 24 de Octubre y el 22 de Noviembre de 2019

Con una intensidad de 80 horas, Se expide el 22 de Noviembre de 2019

RUBY MARITZA GERENA USECHE
Jefe (E) Departamento de Capacitación
Escuela Superior de Administración Pública.

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

Para verificar la autencidad del certificado, ingrese a https://sirecec3.esap.edu.co/ y digite el código. Código: 75e7cb87-76dc-4be1-9774-bd75ab87a948

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901364935-1

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano.

CERTIFICA:

QUE: **NORMAN YESID LAMUS AVILA**

C.C. 1070327119 DE EL COLEGIO

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA, CUNDINAMARCA A LOS 27 DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2020

Bogotá D.C.

Señores:

Corporación Universitaria Minuto de Dios
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

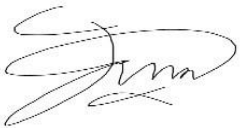
REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

TRABAJADOR SOCIAL
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 1070327119

Tarjeta profesional No: 1070327119

Dirección de contacto: CALLE 49 B N° 9 -89 SUR

Teléfono: 3219254949

A QUIEN INTERESE

Con la presente **INFORMAMOS** que el señor(a) **NORMAN YESID LAMUS AVILA,** identificado con cédula de ciudadanía No. **1070327119**, labora en nuestra compañía **CLINICA MEDICAL SAS** con Nit: **830507718-8** desde el **08 de noviembre de 2021**, desempeñando el cargo de **TRABAJADOR SOCIAL,** con contrato a término Indefinido y un ingreso mensual básico de **DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000) MCTE.**

Con las siguientes funciones:

1. Monitorias, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la entidad.
2. Recopilar la información relacionada con la ejecución de los programas, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la entidad.
3. Acompañar en los espacios a entidades territoriales que apoyen el complimiento de acuerdo a los lineamientos establecidos por la entidad.
4. Atender las novedades asociadas a la implementación de los programas, de conformidad con los lineamientos internos y normatividad vigente aplicable.
5. Colaborar con la revisión del adecuado funcionamiento de los equipos, herramientas e instrumentos, asignados o utilizados por la dependencia, gestionando su actualización.
6. Utilizar técnicas y procedimientos que aseguren que los documentos que ingresen al archivo, sean organizados, clasificados, conservados y custodiados según procedimientos establecidos.
7. Comunicaciones, documentos, certificaciones y/o notificaciones a que haya lugar en los procesos de la dependencia, de acuerdo con la normatividad y directrices impartidas por la entidad.

8. Asistir al cliente, usuario y partes interesadas, sobre el trámite de las solicitudes presentadas de conformidad con los procedimientos establecidos.
9. Revisar, registrar usuarios extranjeros en plataformas
10. Tramitar los documentos relacionados con la gestión de la dependencia, aplicando los procedimientos establecidos y según normatividad vigente.
11. Registrar la información, para la elaboración de estudios sociales y documentos de carácter técnico y estadístico que requiera la dependencia, de conformidad con los lineamientos institucionales y territoriales
12. Operar sistemas de información, aplicativos y demás herramientas tecnológicas de apoyo a la gestión de la dependencia, organizando, clasificando, sistematizando la información del área, con la normatividad vigente y directrices establecidas.
13. Realizar actividades técnicas, administrativas u operativas que se requieran en la dependencia, para la ejecución de los planes, programas y proyectos, comprobando la eficacia de los métodos y procedimientos utilizados, en el desarrollo de las actividades y asuntos asignados, de acuerdo con las instrucciones del superior inmediato.

Dada en Bogotá, a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Agosto de 2022

Cordialmente,

YURANY RIVAS CHOLO
COORDINADORA TALENTO HUMANO.

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D. C
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Centro Oriente E.S.E.

CER-004288-2019
Codigo:7ADCDC221F

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) NORMAN YESID LAMUS AVILA, identificado(a) con CC. No. 1070327119, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
PS 2954 2019	01/02/2019	30/11/2019	$16.686.915
PS 0559 2018	10/01/2018	31/01/2019	$22.665.720
PS 2976 2017	08/02/2017	09/01/2018	$17.579.400

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO

Contrato PS 2954 2019: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CORPORACION E.V.A. SERVICIOS INTEGRALES

CORPORACION DE ESTUDIO, VALORACION ALTERNATIVA y SERVICIOS INTEGRALES
NIT: 9 0 0 9 1 4 4 9 8-1

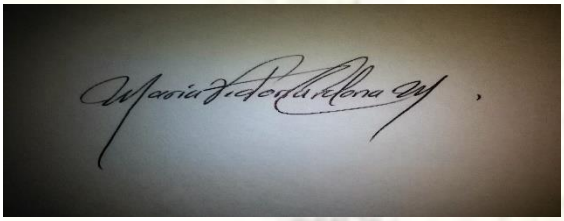


CERTIFICACION LABORAL

La ***CORPORACION DE ESTUDIOS, VALORACION ALTERNATIVA y SERVICIOS INTEGRALES***, certifica que el señor NORMAN YESID LAMUS AVILA, identificado con cedula de ciudadanía N° 1070327119 de Bogotá, laboró en nuestra corporación desde el 01 de Febrero de 2016 al 02 de Abril de 2019, en el cargo de TRABAJADOR SOCIAL EN FORMACION para Proyecto de Primera Infancia del ICBF cento zonal San Cristobal Sur, con una asignación salarial por prestación de servicios de UN MILLON DE PESOS M/C ($1.000.000.oo).

La presente certificación se expide por solicitud del interesado el 02 de Abril de 2019.

Atentamente,



MARIA VICTORIA CARDONA
Directora General

alianza

CERTIFICAMOS

Que el (la) señor (a) NORMAN YESID LAMUS AVILA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía número 1070327119, labora en nuestra compañía en **MISION** para la Organización SERVIENTREGA S.A., desempeñando el cargo de COURRIER PIE, con un contrato por duración de labor contratada.

- Desde el día 12 de enero de 2016 hasta el 09 de marzo de 2016.

La presente certificación se expide a solicitud de interesado (a) en Bogotá D.C., a los Once (11) días del mes de Enero de 2017.

Cordialmente,

alianza
TEMPORALES S.A.S
NIT. 8090 2157-4
Carrera 34 No. [illegible]/33 Tel. 351 2300

DIEGO ANDRES CASTRO RODRIGUEZ
Coordinador Relaciones Laborales

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

NIT 899.999.061-9
DIRECCION DE TALENTO HUMANO
GRUPO DE CERTIFICACIONES LABORALES
CERTIFICA

Que el señor **NORMAN YESID LAMUS AVILA**, identificado con cédula de ciudadanía número **1070327119**, laboró con la Secretaría de Educación del Distrito y registra por tiempo laborado lo siguiente:

Nombramiento Provisional

DOCENTE GRADO 02 Nivel A

DEPENDENCIA: COLEGIO FRANCISCO ANTONIO ZEA DE USME (IED)
FECHA: Desde el 08 de agosto de 2019 hasta el 26 de agosto de 2019

Se expide para fines personales, en Bogotá D.C., a los trece (13) días del mes de septiembre de 2019, bajo el radicado ***F-2019-70698.***

DIEGO GARCÍA IBÁÑEZ
Profesional Especializado

Elaborado por: Camila Rodríguez
Av. El Dorado No. 66 - 63
Código postal: 111321
PBX: 324 1000 - Fax: 315 34 48
www.educacionbogota.edu.co
Info Líneas 195

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

AJUDISP

ASOCIACION AJUDISP
NIT: 901364935-1

CONTACTO

BOGOTA, CUNDINAMARCA

Correo electrónico

- Ajudispucc@gmail.com
- asonispo@gmail.com

ASOCIACION AJUDISP

CERTIFICACION • AJUDISP • BOGOTA- CUNDINAMARCA

16- 10- 2021

La Asociación AJUDISP.
Certifica que el señor NORMAN YESID LAMUS AVILA identificado con cedula de ciudadanía numero 1070327119 de EL COLEGIO trabajo con nosotros devengando un salario de 1.700.000 mil pesos, realizando la labor de trabajador Social desde el 5 de julio del 2019 hasta él 08 de mayo del 2020

Atentamente,
ASOCIACION AJUDISP
NIT: 901364935-1

AJUDISP:

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) LAMUS AVILA NORMAN YESID ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,070,327,119 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	4446 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA EL _COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA_ EN EL MARCO DEL CONVENIO NO. 2353360-2021 SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$25,693,113
FECHA DE INICIO	31-03-2021
FECHA DE TERMINACIÓN	31-10-2021
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Realizar Investigion epidemiologica de campo (IEC) de eventos de interés en salud pública. 2. Realizar Investigación socio epidemiologica de campo. 3. Realizar asistencia tecnica y mantenimiento a Unidades comunitarias. 4. Registrar la informacion de la Intervención Epidemiologica de Campo (IEC) en el formulario y/ o sistema establecido. 5. Identificacar problemáticas de riesgos colectivos que afecten la salud y calidad de vida de la comunidad, reportando a los Entes compententes. 6.Programar, convocar, desarrollar, levantar las actas, informes y demas actividades que garanticen las cesiones del Comite de Vgilancia Epidemiologica Comunitaria (COVECOM). 7. Realizar la activacion de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente). 8. Participar en acciones de socializacion, sensibilizacion y capacitacion tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notitifcacion. 9. Realizar asesoria y asistencia tecnica a las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que generan hechos vitales. 10. Registrar llamadas, asesoría virtual o correos de seguimiento a la Gestión de las Estadísticas Vitales. 11. Validadas y ajusta las bases de Datos según requerimiento. 12. Realizar semaforización en los diferentes tableros de control de las UPGDS que generan hechos vitales de calidad, cobertura y oportunidad de los certificados de defuncion y certificados de nacidos vivos. 13. Apoyar en el diligenciamiento de autopsias verbales Estadisticas Vitales (EEVV). 14. Realizar cruces de información con prestadoras y aseguradoras, como fuente de identificación de casos. 15. Realizar recolección de la información en el instrumento para visita de IEC con criterios de calidad e integralidad. 16. Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo en brotes de eventos de interés en salud pública. 17. Coordinar las acciones para la atención integral de urgencias y emergencias complejas definidas por Instituto Distritral de Gestión de Riesgo y Cambio Climático -IDIGER. 18. Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del Subsistema, programados según necesidad y oportunidad. 19. Asistir a los diferentes espacios Distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados en desarrollo de las Urgencias y Emergencias en salud pública y representar a la Secretaria Distrital de Salud y a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E en los Puestos de Mando Unificado convocados por el Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - SDGR -CC cuando se requiera. 20.Cumplir con la disponibilidad para la atencion de urgencias, emergencias y desastres en salud pública con los niveles de coordinación y servicios de respuesta y/o protocolos que indique el lineamiento. 21. Toma r muestras biológicas para los diferentes eventos de Salud Publica que establezcan de acuerdo a los lineamientos de Secretaria Distrital de Salud o Instituto Nacional de Salud. 22. Las demás que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio. 23. Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamiento establecidos por el proceso de gestion documental de la Subred (foliados, rotualdos, en carpeta y Formato Unico de Inventario Documental (FUID) debidamente diligenciado.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

© Siasur - 2020

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los catorce(14) días del mes de Octubre de 2021.

Cordialmente,



RUTH STELLA ROA
Directora Operativa de Contratación - Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

© Siasur - 2020

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.070.327.119**

LAMUS AVILA

APELLIDOS

NORMAN YESID

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-1989**

EL COLEGIO
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-NOV-2007 EL COLEGIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00633093-M-1070327119-20141018 **00405**27810A 1 1103075601

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14854127780

(415)7707212489984(8020) 000001485412778 0

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 0 3 2 7 1 1 9	2 0 0 7 1 1 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	El Colegio 2 4 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LAMUS	AVILA	NORMAN	YESID

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 49 B 9 89 SUR

42. Correo electrónico yesid1589@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 9 4 5 2 9 2 9	6 0 1 3 6 7 1 7 2 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 6 0 7 0 4	7 2 2 0	2 0 1 9 0 6 2 8				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 08 - 24 / 15 : 44: 18

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre LAMUS AVILA NORMAN YESID
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

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

Fecha:16/11/2023

CONTRIBUYENTE	C.C. 1070327119	NORMAN YESID LAMUS AVILA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 49B SUR 9 89 TO 8 AP 201 Teléfonos: 3219254949

Dirección electrónica: yesid1589@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 04/07/2016 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2: 72202 - INVESTIGACIONES Y DESARROLLO EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Fuente: RIT-SHD



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Primera Clase
NÚMERO 1070327119
APELLIDOS Y NOMBRES
LAMUS AVILA
NORMAN YESID
PERTENECE A LA RESERVA DE:

1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	3ª LÍNEA
31 DIC 2019	31 DIC 2039	31 DIC 2029

FECHA DE EXP: 24 AGO 2010 ESP. MIL AUX. PONAL
PROFESIÓN EMPLEADO UM PONAL
COTE. DE DISTRITO



Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto No. 2833 de 1981

REGISTRO PROFESIONAL

No. 1.070.327.119 del
trabajador social

Nombre: Norman Yesid

Apellidos: Lamus Ávila

Inscripción: 04 de octubre de 2019

Resolución: 0422 (31 oct. 2019)

Código interno: 411471044



Registro profesional

Este documento es personal e intransferible y da derecho a ejercer legalmente la profesión de Trabajo Social en Colombia.

Sede del Consejo:

CALLE 78 N° 12 A - 15 • CELS.: 320 304 8933 - 320 304 8020

BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA



BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	LOTE No	UNIDAD	FIRMA
Sarampión Rubéola	Única				
Toxoide Tetánico Difterico 1d	1	240509		DETOL	oscar
	2	700409		DETOL	
	3				
	Cada 10 años				
Hepatitis B	1	240309		DETOL	oscar
	2	700409		DETOL	
	3				

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	LOTE No	UNIDAD	FIRMA
Fiebre Amarilla	Cada 10 años	24/03/09	A5431	DETOL	oscar
Influenza	Anual				
Fiebre Tifoidea	Cada 3 años				
Hepatitis A y B	1				
	2				
	3				



VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			
	3a. DOSIS	0338900	21 AGO 2011	TANIA SALUD NIT. 900.174.966-5
	4a. DOSIS	3513004	02 DIC 2013	
HEPATITIS A	1a. DOSIS	2009-09 / 20830		DETOL
	2a. DOSIS	21 ENE 2012		

Tania Salud

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

TANIA SALUD

CENTRO DE VACUNACIÓN

NIT.900174966-5

CODIGO DE PRESTADOR 1100117790301

CENTRO DE VACUNACIÓN:

NOMBRE: Carlos Andres Ramon Yesid

DOCUMENTO: 1.090.327.119.

TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TETANICO DIFTERICO	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			
	3a. DOSIS	0146004	21 AGO 2011	TANIA SALUD NIT. 900.174.966-5
	4a. DOSIS			
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			



Vacuna	Dosis/Fecha	Lote No.	Firma vacunador
Influenza	1 DX-05-13 2 influenza 3		EYBA
	1 2 LOTE: 0906- VENCE: SE/01 01/14		
	1 2		
	1 2 3		
	1 2 3		
	1 2 3		
	1 2 3		
	1 2 3		

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

100704212

Nombre	**LAMUS AVILA NORMAN YESID**		
Identificación	CC 1070327119	Tel.	3219254949
Edad	33 Años 2 Meses 14 Dias	Sexo	M
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento			
Fecha de nacimiento	03-sept.-1989		

Fecha de recepción:	07-oct.-2022 11:14 am
Fecha de impresion:	08-oct.-2022 9:48 am
Empresa	COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S A - (ARL)
Sede	DOMICILIOS
Fecha Validación	08-oct.-2022 9:38:00a.m.

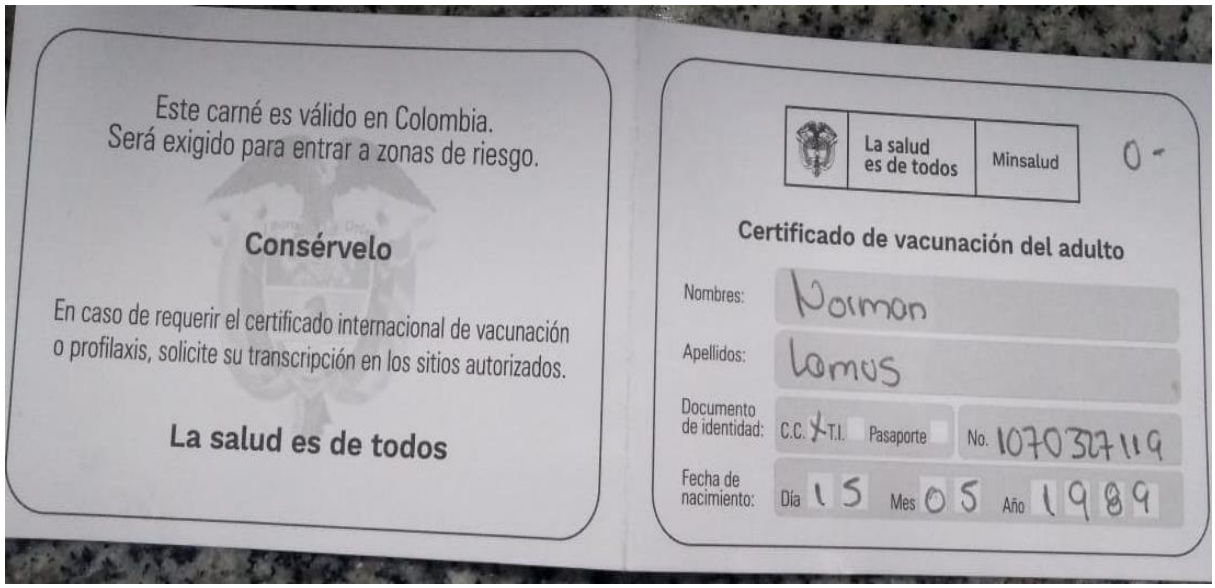
Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	**MAYOR DE 1000.00**	mUI/mL	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9.0 mUI/ml
Indeterminado: De 9.0 a 11.0 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11.0 mUI/ml

JOHANNA LEON GALARZA
CC 1.026.273.916
BACTERIOLOGO
8-oct.-2022 1:03:00a. m.

GUILLERMO DAVID SALCEDO
C.C. 1.143.343.774
BACTERIOLOGO POSANALITICO
8-oct.-2022 9:38:00a. m.



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.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

0-

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Norman

Apellidos: Lemus

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1070327119

Fecha de nacimiento: Día 15 Mes 05 Año 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	17-10-19	T3A083112201	SRCO
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2	05-09-2020	220806217K	SRCO
	3	06-10-2020	220806SAB	SRCO
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	6.10.20	U502C0015 18321	SRCO
Otras				

Fecha	Fabricante y Lote	Firma

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		U06-10-17 14/10/21	P3876 01-18 U3885 31/01/22	SANOFI Linea M.
Virus de Papiloma Humano				



HEIDI TATIANA GA... MIÑOZ
CC: 1023024614
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

INGRESO ☑	PERIÓDICO ☐	EGRESO ☐	POST INCAPACIDAD ☐	REUBICACION ☐	EXTRAMURAL ☐

FECHA: Noviembre 03 del 2021, BOGOTA
NOMBRE DE LA EMPRESA: PARTICULAR
NOMBRE DEL PACIENTE: Norman Yesid Lamus Avila
EDAD: 32 años
DOCUMENTO: C.C No. 1070327119
DIRECCIÓN: CLL 49 # 9-89 SUR
TELÉFONO: 3219254949
CARGO: Auxiliar De Enfermeria



Concepto Médico de Aptitud Laboral: EXAMEN MéDICO LABORAL SATISFACTORIO PARA DESEMPEñAR EL CARGO
EXAMEN MÉDICO CON ENFASIS: Osteomuscular /

RECOMENDACIONES	
PARA EL PACIENTE:	**PARA LA EMPRESA:**
● MEDIDAS ERGONOMICAS E HIGIENE POSTURAL. ● PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS MANUALES, VISUALES Y CORPORALES. ● USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.	● INCLUIR EN LAS CAPACITACIONES DE SST.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: PACIENTE CON EXAMEN MéDICO DE INGRESO SIN LIMITACIONES OSTEOMUSCULARES, PACIENTE QUE REFIERE EN LOS úLTIMOS CUATRO MESES NO PRESENTAR SINTOMATOLOGíA CORRESPONDIENTE A COVID-19, SE ILUSTRA SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD POR ACTUAL SITUACIóN SANITARIA. VACUNACIÓN COVID; REFIERE PFIZER; 1° DOSIS 18/02/2021 ; 2° DOSIS 11/03/2021;

Esta certificación se expide con base a la Historia Clínica Ocupacional del paciente en la fecha. El contenido de la historia clínica es un documento privado y sometido a reserva del prestador de servicio de salud, según la resolución 1995/99 del M.S. y el decreto 2174/96 y la ley 80/89 del M.S.

Doy constancia de que las recomendaciones y/o restricciones emitidas en el presente certificado, al igual que el resultado de las pruebas para clínicas, han sido socializadas por el médico laboral de forma verbal.

Luis Carlos Zamora Suarez
Medico(a)
Licencia SST 4665 29/04/2019
R.M. 6975/86

Firma del paciente:
Norman Yesid Lamus Avila
C.C. No. 1070327119

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901364935-1

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano.

CERTIFICA:

QUE: **NORMAN YESID LAMUS AVILA**

C.C. 1070327119 DE EL COLEGIO

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

ATENCION A VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA, CUNDINAMARCA A LOS 06 DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2020

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 04
FECHA: 2021-04-26

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:	14/11/2023	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LAMUS	AVILA	NORMAN	YESID

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.070.327.119	EL COLEGIO	CUND	08/11/2007
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
15/05/1989	EL COLEGIO	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DEVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐			

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)						PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA ☐	BACHILLER ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL:		
UNIVERSITARIO ☒	POSTGRADO ☐	MAGISTER ☐	OTRO ☐			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CLL 49 B 9 - 89 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
yesid1589@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒			
	NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: 8692	DARIA: 7220	

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	900959051-7

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA									
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐	EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRA 14B 1-45 SUR	3.444.844	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	08/02/2017

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	3.709.728	ARRIENDOS	200.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	3.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	5.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	700.000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	283.168	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**3.709.728**	**TOTAL EGRESOS**	**1.183.168**	**TOTAL ACTIVOS**	**5.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**3.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CABELES	HOYOS	MARTHA	LUCIA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
TV 14 SUR 451 36	BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	AMIGA	3214875542

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	55382204	CRA 35 7-47	3820000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE			CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☒	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:		REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☒	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

PROFECIONAL EN TRABAJO SOCAIL

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente són regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

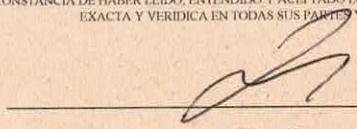
AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. 9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento. **NOTA:** Si desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

11. FIRMA Y HUELLA
COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO  **Firma Cliente / Representante Legal**  **Huella Indice Derecho**

12. INFORMACION DE ENTREVISTA				13. VERIFICACION DE LA INFORMACION			
1.Fecha y Hora:		**2. Ciudad**		**1. Fecha y Hora:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario Subred				**3. Nombre y Cargo (Contraparte)**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y No Cédula:**			
7. Firma y Cédula				**7. Nombre Apellidos Funcionario Subred**			
8. Proceso Responsable Subred				**8. Proceso Responsable Subred**			

POST TEST INDUCCIÓN

Puntos totales 100/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Correo *

yesid1589@gmail.com

Documento de Identidad *

1070327119

Nombres y apellidos *

NORMAN YESID LAMUS AVILA

Número de contacto *

3219254949

Nivel jerárquico *

Profesional

Tipo de vinculación *

Contrato

Unidad a la que pertenece *

UMHES (Unidades Médicas para Hospitalización Especializada)-Santa Clara

✓ 1. Seleccione la respuesta correcta: Las localidades que conforman la Subred Centro Oriente son: *10/10

- ○ Santa Fe, La Candelaria, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, Usme
- ◉ Santa Fe, La Candelaria, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, Los Mártires ✓
- ○ Santa Fe, La Candelaria, Suba, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, Los Mártires
- ○ Santa Fe, La Candelaria, San Cristóbal, Engativá, Puente Aranda, Los Mártires

✓ 2. Seleccione la respuesta correcta: ¿Cuál de los siguientes enunciados NO forma parte de los objetivos estratégicos de la Subred Centro Oriente? *9/9

- (●) Evaluar y mejorar la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios y clientes internos ✓
- ( ) Implementar el modelo de atención en salud en desarrollo de la Red Integrada de Servicios de Salud para contribuir al mantenimiento y mejoramiento del estado de salud de la población objeto de la Subred y la satisfacción del usuario
- ( ) Coordinar e integrar acciones misionales y corporativas que permitan impacto social y ambiental.
- ( ) Fortalecer la Transformación Cultural y la gestión integral del Talento humano para trascender a la unicidad institucional y coadyuvar a la gestión del conocimiento con énfasis en la docencia – servicio, investigación e innovación .
- ( ) Fortalecer la gestión por procesos y la mejora continua para el cumplimiento de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, centrado en la prestación de servicios de salud seguros y humanizados.
- ( ) Otro: .....

✓ 3. Conteste falso o verdadero: El Decálogo de Humanización contempla el respeto por la privacidad y dignidad del usuario y su familia durante el proceso de atención. *9/9

1. Verdadero ✓
2. Falso

✓ 4. Seleccione la respuesta correcta: Uno de los componentes del Programa de Seguridad del Paciente es "Cultura de Seguridad" en el cual se realizan las siguientes acciones: *9/9

1. Rondas de Seguridad
2. Listas de chequeo
3. Búsqueda activa
4. Encuesta de Clima de Seguridad
5. Todos los anteriores ✓

✓ 5. Conteste falso o verdadero: Los Principios Institucionales contemplados dentro de la plataforma estratégicas son: Excelencia, ética, transparencia y rendición de cuentas, vocación de servicio, desarrollo sostenible, inteligencia y acción colectiva, corresponsabilidad, interdependencia e integración *9/9

1. Verdadero ✓
2. Falso

✓ 6. Seleccione la respuesta correcta: En caso de accidente laboral con fuente biológica usted debe: *9/9

- Prestar primeros auxilios, reporte verbal inicial al jefe inmediato, reporte telefónico inicial a la ARL, dirigirse a la IPS para la atención de la urgencia y notificar a Talento Humano máximo dentro de las 12 horas hábiles siguientes a la ocurrencia del evento
- ✓ Prestar primeros auxilios, informar a la fuente, reporte verbal inicial al jefe inmediato, reporte telefónico inicial a la ARL, dirigirse a la IPS para la atención de la urgencia y notificar a Talento Humano máximo dentro de las 12 horas hábiles siguientes a la ocurrencia del evento
- Prestar primeros auxilios, informar a la fuente, reporte verbal a Talento Humano, reporte telefónico inicial a la ARL, dirigirse a la IPS para la atención de la urgencia y notificar al jefe inmediato
- Prestar primeros auxilios, informar a la fuente, reporte telefónico inicial a la ARL, dirigirse a la IPS para la atención de la urgencia y notificar a Talento Humano máximo dentro de las 12 horas hábiles siguientes a la ocurrencia del evento
- Ninguna de las anteriores

✓ 7. Conteste falso o verdadero: Dentro del marco del Plan Institucional de Gestión Ambiental se contempla el uso eficiente del agua y de la energía *9/9

1. Verdadero ✓
2. Falso

✓ 8. La materialización del riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, conlleva varios riesgos asociados entre los que se encuentra: (seleccione la opción correcta) *9/9

- ○ RIESGO LEGAL: probabilidad de pérdida o daño al ser sancionada, multada u obligada a indemnizar por daños por el incumplimiento de normas u obligaciones contractuales.
- ○ RIESGO OPERATIVO: probabilidad de pérdida o daño en que incurre la entidad por deficiencias o fallas en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de hechos externos.
- ○ RIESGO DE CONTAGIO: probabilidad de pérdida o daño en que incurre la entidad, directa o indirectamente por una acción o experiencia de un relacionado o asociado, persona natural o jurídica con posibilidad de ejercer influencia sobre la institución.
- ◉ Todas las anteriores ✓

✓ 9. Conteste falso o verdadero: La auditoría de Control Interno es una actividad dependiente y subjetiva de aseguramiento y consultoría, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad. *9/9

1. Falso ✓
2. Verdadero

✓ 10. Conteste falso o verdadero: Constituye falta disciplinaria, la incursión en cualquiera de las conductas o comportamientos previstos en el Código Disciplinario que conlleve incumplimiento de deberes, extralimitación en el ejercicio de derechos y funciones, prohibiciones y violación del régimen de inhabilidades, incompatibilidades, impedimentos y conflicto de intereses *9/9

1. Verdadero ✓

2. Falso

✓ 11. ¿Cuál es uno de los propósitos para que una Entidad pública cuente con un manual específico de funciones y competencias laborales? *9/9

- ○ Para pedir aumento salarial.
- ◉ Para otorgar en virtud del derecho preferencial de carrera en empleados con derecho de carrera administrativa un encargo ✓
- ○ Para adelantar estudios
- ○ Para pedir licencia no remunerada

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios



POST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT

El siguiente instrumento tiene como finalidad evaluar el conocimiento obtenido como resultado de la capacitación sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT en cumplimiento de la Circular Externa 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y el Manual de Políticas y Procedimientos SARLAFT de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Para tal fin, responda cada uno de los diez enunciados de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

De conformidad con el marco normativo señalado anteriormente, tanto la capacitación como la respuesta al post-test son de carácter obligatorio para todo el personal de planta, Junta Directiva y el vinculado por Orden de Prestación de Servicios

Cada enunciado tiene un valor de 10 puntos y se superará la evaluación con un puntaje mínimo de 70/100.

El resultado de la evaluación debe ser impreso mediante un pantallazo (Impr Pant), copiándolo en un documento de Word; en el caso de los colaboradores de planta y Junta Directiva deberán remitir copia del documentado generado al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co

Para el personal vinculado mediante Orden de Prestación de Servicios y/o en proceso de contratación, deberán subir el resultado de la evaluación a la plataforma SECOP y enviar copia al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co

...

Puntos: 100/100

INFOMACIÓN BÁSICA

La información registrada será tratada de forma confidencial.

1. Documento de identificación *

1070327119

2. Nombres y apellidos completos *

NORMAN YESID LAMUS AVILA

3. Correo electrónico *

yesid1589@gmail.com

4. Número celular de contacto *

3219254949

5. Empleo, profesión y/o actividad que desarrolla *

TRABAJADOR SOCIAL

6. Tipo de vinculación *

- ( ) Junta Directiva
- ( ) Planta - libre nombramiento y remoción

- Planta - periodo fijo (Gerente - Jefe Oficina Gestión Pública y Autocontrol - Profesionales servicio social obligatorio)
- Planta - carrera administrativa
- Planta - provisional
- Planta - trabajador oficial
- Contrato - OPS

7. Nivel jerárquico *

- Directivo
- Asesor
- Profesional
- Técnico
- Asistencial (nivel auxiliar)
- En proceso de vinculación

8. Género *

- Femenino
- Masculino
- Otro

9. Seleccione la Unidad a la que pertenece *

- Unidad de Servicios de Salud - Bello Horizonte
- Unidad de Servicios de Salud - Los Alpes
- Unidad de Servicios de Salud - San Jorge

- Unidad de Servicios de Salud - La Candelaria
- Unidad de Servicios de Salud - Laches
- Unidad de Servicios de Salud - Cruces
- CAPS Centro de Atención Prioritaria en Salud - Primero de Mayo
- CAPS Centro de Atención Prioritaria en Salud - Perseverancia
- CAPS Centro de Atención Prioritaria en Salud - Diana Turbay
- CAPS Centro de Atención Prioritaria en Salud - Chircales
- CAPS Centro de Atención Prioritaria en Salud - Altamira
- CAPS Centro de Atención Prioritaria en Salud - Bravo Páez
- CAPS Centro de Atención Prioritaria en Salud - Olaya
- CAPS Centro de Atención Prioritaria en Salud - Samper Mendoza
- CAPS Centro de Atención Prioritaria en Salud - Santa Clara-San Juan de Dios
- UMHES Unidad Médica Hospitalaria Especializada - Jorge Eliécer Gaitán
- UMHES Unidad Médica Hospitalaria Especializada - San Blas
- UMHES Unidad Médica Hospitalaria Especializada - La Victoria
- UMHES Unidad Médica Hospitalaria Especializada - Instituto Materno Infantil
- (●) UMHES Unidad Médica Hospitalaria Especializada - Santa Clara
- Sede Administrativa Calle 34
- Sede Administrativa Calle 33
- Sede Administrativa San José Obrero
- Archivo Puente Aranda
- Junta Directiva
- Aún no definido por proceso de vinculación en curso

10. Escriba el servicio en el que labora y/o desempeña sus actividades contractuales (ejemplo: laboratorio, urgencias, etc.) *

UCI

POST TEST

Responda las siguientes preguntas, de acuerdo al contenido visto con anticipación.

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

11. Seleccione la respuesta correcta: SARLAFT significa: *

- (●) Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo ✓
- ( ) Sistema Anti lavado Racional de Activos Financieros
- ( ) Sistema Nacional de Riesgos Financieros y Transnacionales

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

12. Conteste falso o verdadero: el lavado de activos consiste en dar apariencia de legalidad a los bienes, dineros y recursos provenientes de actividades ilícitas como narcotráfico, secuestro, corrupción, contrabando, etc. *

- ( ) Falso
- (●) Verdadero ✓

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

13. Seleccione la respuesta correcta: ¿Qué son tipologías en delitos de LA/FT? *

- ( ) Estudio de los tipos o modelos que se usan para clasificar delitos.

- Las tipologías se refieren a la manera en que se presenta la información.
- Clasificación y descripción de las técnicas utilizadas por las organizaciones criminales para dar apariencia de legalidad a los fondos de procedencia lícita o ilícita, y transferirlos de un lugar a otro o entre personas para financiar sus actividades criminales ✓
- Tipos de delitos usados por criminales para transformar dineros ilegales

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

14. Se denominan Señales de Alerta: Son circunstancias particulares que se observan en las personas naturales o jurídicas que llaman la atención y justifican un mayor análisis y solicitud de explicaciones al cliente. *

- Falso
- Verdadero ✓

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

15. Seleccione la respuesta correcta: ¿Qué es riesgo? *

- La ocurrencia de hechos imprevistos que no afectan el cumplimiento de las metas.
- Los acontecimientos previstos y que pueden ser controlados.
- La posibilidad de que ocurran sucesos que pueden causar daño o no.
- La probabilidad de ocurrencia de un evento, impedimento, obstáculo o problema que de materializarse podría afectar negativamente el logro de los objetivos. ✓

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

16. Conteste falso o verdadero: Se considera riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo a la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir la Entidad por ser utilizada como instrumento para el lavado de activos y/o la canalización de recursos hacia la financiación del terrorismo. *

Falso

Verdadero ✓

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

17. Seleccione la respuesta correcta: la materialización del riesgo de lavado de activos, conlleva a los siguientes riesgos asociados

Riesgo técnico, legal, operativo y financiero

Riesgo financiero, operacional, transaccional y negativo

Riesgo legal, reputacional, operativo y de contagio. ✓

Todos los anteriores.

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

18. Conteste falso o verdadero: la UIAF, es la Unidad de Información y Análisis Financiero a la cual se le reportan las declaraciones de Impuestos y los estados financieros del Sector Salud. *

Falso ✓

Verdadero

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

19. Conteste falso o verdadero: se define como operación sospechosa aquella realizada por una persona natural o jurídica que, por su número, cantidad o características, no se enmarca dentro de las prácticas normales de una industria o sector y de acuerdo con los usos y costumbres no ha sido razonablemente justificada. *

Falso

Verdadero ✓

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

20. Conteste falso o verdadero: el oficial de cumplimiento es un funcionario de la Entidad del segundo nivel jerárquico, responsable de velar por el cumplimiento de las políticas, procedimientos, implementación, actualización del SARLAFT y la presentación de reportes a la UIAF. *

- ○ Falso
- ◉ Verdadero ✓

Volver a la página de agradecimiento

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

Con tecnología de Microsoft Forms |
El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial.
| Términos de uso

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1070327119
NOMBRES Y APELLIDOS	Lamus Avila,Norman Yesid
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2023
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Lamus Avila,Norman Yesid, a los 10 días del mes de noviembre del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación