



ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL
EN LA MODALIDAD PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 8.0

Fecha: 12/01/2022

Página: 1 de 2

NOMBRE COMPLETO:

Jenifer Aide Taborda Coronado

IDENTIFICACIÓN:

53.723.047

OBJETO CONTRATO:

Aux. Adm. en Salud

Nº	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
1	Señal de Talento Humano para SAF remitiendo los documentos para el contrato e informando: -No hay personal de planta para cubrir la necesidad actual -Cumple con la idoneidad o experiencia requerida -Estado del estudio seguridad del aspirante a contratar, en caso de estar en trámite se debe informar a SAF el resultado final		
2	Estudio Previo acuerdo formato establecido proceso Gestión Contractual		
3	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP)		
4	Solicitud de Oferta acuerdo formato establecido proceso Gestión Contractual		
5	Formato Único Hoja de Vida Persona Natural - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), actualizada e impresa desde el SIGEP (www.sigep.gov.co)	✓	
6	Fotocopia de Certificaciones de Experiencia Laboral acuerdo Tipo de labor (Resolución No. 1684 del 30 de Diciembre de 2021 Dirección General de Sanidad Militar DIGSA.)	✓	
7	Formato Único de Declaración de Bienes y Rentas – Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)	✓	
8	Fotocopia Cédula de Ciudadanía (ambos lados)	✓	
9	Fotocopia Libreta Militar (Si aplica)	N/A	
10	Certificado de Antecedentes Judiciales Policía Nacional con fecha de expedición no superior a 30 días (www.antecedentes.policia.gov.co)	✓	
11	Certificado de Consulta de inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, con fecha de expedición no superior a 30 días (www.inhabilidades.policia.gov.co). (Acuerdo Ley 1918 de 2018 el certificado aplica para el personal asistencial que realiza atención a menores de edad).	✓	
12	Consulta del Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional (www.policia.gov.co – módulo "Consulta de Medidas Correctivas CNPC) Ley 1801-29 Julio/16. no superior a 30 días	✓	
13	Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación, con fecha de expedición no superior a 30 días (www.procuraduria.gov.co)	✓	
14	Certificado del Boletín de Responsabilidad Fiscal expedido por la Contraloría General de la República, con fecha de expedición no superior a 30 días (www.contraloria.gov.co)	✓	
15	Fotocopia Diploma Bachiller o Acta de Grado.	✓	
16	Fotocopia Diploma o Acta de Estudios Técnicos y/o Tecnológicos. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios técnicos y/o tecnológicos)	✓	
17	Fotocopia Diploma o Acta de Grado Estudios Profesionales. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios profesionales)	N/A	
18	Fotocopia Diploma o Acta de Grado de Especialización. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación servicios profesionales especializados)	N/A	
19	Fotocopia Tarjeta Profesional (acuerdo a las profesiones que aplique).	N/A	
20	Certificado de Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS). (Si Aplica) <i>Nota: "Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas o cualquier otro requisito diferente al ReTHUS. Por lo anterior resulta improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales diferentes a la del ReTHUS, que, como su nombre lo indica, es un registró único y nacional.</i>	N/A	
21	Los técnicos y/o tecnólogos de la salud deberán aportar Fotocopia de la Resolución o Acto Administrativo expedido por la Secretaría de Salud donde se autorice el ejercicio de la aptitud ocupacional del área de la salud correspondiente. (Aplica para el personal asistencial que no requiere ReTHUS). <i>Nota: El talento humano en salud que debe inscribirse para el ReTHUS a nivel técnico y tecnológico en los siguientes programas: Auxiliar de administrativo en salud, Auxiliar de enfermería, Auxiliar en salud oral, Auxiliar en salud pública, Auxiliar en servicios farmacéuticos, Técnico profesional en atención pre-hospitalaria, Técnico profesional en citohistología, Tecnología en atención pre hospitalaria, Tecnología en citohistología, Tecnología en regencia de farmacia, Tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico, Tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia, Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas y Tecnología en radioterapia.</i>	N/A	



REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN



ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL
EN LA MODALIDAD PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 8.0

Fecha: 12/01/2022

Página: 2 de 2

N°	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
22	Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Violencia Sexual Vigente (Aplica para el personal asistencial de los servicios de consulta externa, atención prioritaria, urgencias y hospitalización).	N/A	
23	Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Ataques con Agentes Químicos Vigente (Aplica para el personal de traslado asistencial y servicio de urgencias).	N/A	
24	Fotocopia Certificado Capacitación Protección Radiológica Vigente (Resolución 482 de 2018) Personal Médicos Radiólogos, Odontólogos, Técnicos de RX e Imágenes Diagnósticas, Auxiliares de Odontología.	N/A	
25	Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Básico BLS Vigente (Aplica para el personal de Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería del servicio de urgencias y traslado asistencial básico).	N/A	
26	Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado ACLS (mínimo 48 horas) Vigente (Aplica para el personal Médicos Generales, Enfermería Profesional y Tecnólogo del servicio de traslado asistencial medicalizado y servicio de urgencias).	N/A	
27	Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado Pediátrico (SAVP-PALS) (mínimo 48 horas) Vigente (Aplica para el personal Médico manejo de pacientes pediátricos con urgencias respiratorias, choque y paro cardiorrespiratorio).	N/A	
28	Fotocopia Certificado AIEPI Clínico Comunitario Vigente. (Para el siguiente personal que realizará atención en salud infantil: Médicos – Enfermera Profesional - Auxiliar Enfermería en la atención de la Ruta Materno Perinatal y Atención momento curso de vida primera infancia).	N/A	
29	Fotocopia Certificado Capacitación Primeros Auxilios Vigente (mínimo 40 horas). (Aplica para personal Conductores de Ambulancias TAB y TAM en los ESM).	N/A	
30	Fotocopia Certificado Entrenamiento Específico en Unidad de Cuidado Intensivo vigente. (Aplica para el personal de Médicos Generales, Médicos Anestesiólogos, Médicos Cirujanos Generales, Enfermeras Profesionales, Terapeutas Respiratorios, Nutricionistas y Auxiliares de Enfermería, que realizan turnos en Unidad de Cuidado Intensivo).	N/A	
31	Fotocopia Certificado de formación en el manejo de la gestión pre-transfusional vigente. (Aplica para Bacteriólogo del Servicio Transfusión Sanguínea HONAC)	N/A	
32	Fotocopia Certificado Capacitación Toma de Citología de Cuello Uterino vigente (Aplica para el personal asistencial que realice toma de citologías Cuello Uterino)	N/A	
33	Certificado formación manejo del dolor y cuidado paliativo vigente (Aplica al personal asistencial del manejo del dolor y paliativos que no cuenta con la especialización).	N/A	
34	Certificado gestión del duelo vigente (Aplica al personal asistencial que labora en atención del parto cuidados intensivos adultos cuidados intermedio- neonatal- pediátrico HONAC).	N/A	
35	Fotocopia de certificado de formación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones vigente (Personal asistencial del servicio de vacunación).	N/A	
36	Fotocopia certificado de formación para la atención y tratamiento en salud mental vigente (Personal asistencial del servicio de hospitalización en salud mental HONAC).	N/A	
37	Certificación de Afiliación como independiente EPS con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
38	Certificación de Afiliación como independiente a la Administradora de Pensiones, con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
39	Copia del Carnet de Vacunación del aspirante (Verificación Esquema Vacunación acuerdo Tipo de Labor Personal avalado por el Área de Vacunación y SST acuerdo Procedimiento Requisitos de Vacunación acuerdo Labor Personal DIGSA Código: MDN-COGFM-PTOATH-DIGSA-PT-95.1-18-V3) Verificación (www.PAI.web (A Nivel Nacional) – www.PAI2.0 (Bogotá D.C.))	✓	
40	Exámenes Ocupacionales de Ingreso del aspirante acuerdo Tipo de Labor avalado por SST.	✓	
41	Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) Persona Natural	✓	
42	Fotocopia de Certificación Bancaria con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
43	Fotocopia de formato datos básicos beneficiario cuenta SIIF diligenciado.	✓	
44	Verificación Estudio de seguridad (Concepto Favorable) Sin excepción para todo contratista.	✓	

Nota: Los documentos que NO se requieran para el objeto a contratar, registrar "No Aplica" en la Columna de Verificación.

CC Paez Burgos Edison	53 Arango Cristhyan
Grado y Nombre del funcionario STH que verifica documentos	Grado y Nombre del Subdirector Talento Humano o Jefe Personal DISAN/ESM

Ciudad y fecha de verificación: Bogotá - 03/01/25



REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empty box for receiving entity

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Taborda		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Coronado		NOMBRES Yenifer Aide	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 5312304Z		SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 08 MES 01 AÑO 1985		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 80D 56 85 SUR			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO BOGOTÁ. D.C.	
DEPTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.			
MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.		TELÉFONO 3118284577		EMAIL SOFIANGEL85@HOTMAIL.COM	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2010
										<input checked="" type="checkbox"/>				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X		APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD	07	2018	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4

IDIOMAS

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

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

5

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 DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	15	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISIS DE COSTOS	DEPENDENCIA CONTRATISTA			DIRECCIÓN CARRERA 58 9 67								

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA TEMPORAL DE SERVICIOS "SERVITEMPORAL S.A.S			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 3132937959	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	20	Mes	08	Año	2018	Día	10	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA "ADMINISTRACION"			DIRECCIÓN AVENIDA 8 44 null								

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS ESIMED SA			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	03	Mes	04	Año	2017	Día	17	Mes	06	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRACION SALUD	DEPENDENCIA "ADMINISTRACION"			DIRECCIÓN AUTOPISTA null NORTE 93 95								

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

7

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	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Bogotá, 27 de diciembre 2024

[Firma manuscrita]

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)


9

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.

Bogotá - 03/01/25
Ciudad y fecha

03 Arango Cirothyan
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

	ARMADA NACIONAL	
	DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	CERTIFICACIÓN CONTRATOS	
	Versión: 3.0	Fecha: 01-04-2014

Bogotá, D.C., 07 de octubre 2024

EL SUSCRITO JEFE DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ.

CERTIFICA

QUE LA SEÑORA YENIFER AIDE TABORDA CORONADO, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 53.123.047 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C., HA CELEBRADO CON EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADOS A CONTINUACIÓN:

NÚMERO	006-ARC-DISAN-DMBOG- 2022
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ANALISTA TÉCNICO DEL ÁREA DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS PARA EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ
FECHA DE INICIO_	12 DE ENERO DE 2022
PLAZO DE EJECUCIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2022
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2022
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	DIECISÉIS MILLONES NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$16.929.509,00 M/CTE)
CALIDAD DE LA EJECUCIÓN	CUMPLIÓ
ADICIONES/SUSPENSIONES	<p>MODIFICATORIO No. 01: DE FECHA 02 DE JUNIO DE 2022 MEDIANTE EL CUAL SE REALIZA CESIÓN DEL CONTRATO No. 006-ARC-DISAN-DMBOG-2022.</p> <p>MODIFICATORIO No. 02: DE FECHA 07 DE SEPTIEMBRE DE 2022 REDUCCIÓN AL CONTRATO POR VALOR DE UN MILLÓN SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 1.628.463,00 M/CTE).</p> <p>PARA UN VALOR TOTAL DEL CONTRATO DE QUINCE MILLONES TRESCIENTOS UN MIL CUARENTA Y SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$15.301.046,00 M/CTE)</p>
SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	NINGUNA

"Con UNIÓN, RESPETO Y COMPROMISO navegamos hacia la prosperidad"
 CARRERA 58 No 9-67 Puente Aranda PBX 3159845 ext. 21001- 21006 Bogotá "
www.armada.mil.co – disan@armada.mil.co

NÚMERO	013-ARC-DISAN-DMBOG- 2023
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO PARA EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ
FECHA DE INICIO	24 DE ENERO DE 2023
PLAZO DE EJECUCIÓN	30 DE ABRIL DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN	30 DE ABRIL DE 2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL QUINIENTOS DIECISÉIS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$4.811.516,00 M/CTE)
CALIDAD DE LA EJECUCIÓN	CUMPLIÓ
ADICIONES/SUSPENSIONES	MODIFICATORIO No. 01: DE FECHA 06 DE DICIEMBRE DE 2023 MEDIANTE EL CUAL SE DA CIERRE AL CONTRATO.
SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	NINGUNA
NÚMERO	191-ARC-DISAN-DMBOG- 2023
OBJETO DEL CONTRATO	AUXILIAR BACHILLER CON CONOCIMIENTO DE HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS PARA REALIZAR FUNCIONES EN LA DEPENDENCIA DE COSTOS Y APOYAR FUNCIONES DE ARCHIVO.
FECHA DE INICIO	12 DE SEPTIEMBRE DE 2023
PLAZO DE EJECUCIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	CINCO MILLONES CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$5.043.566M/CTE)
CALIDAD DE LA EJECUCIÓN	CUMPLIÓ
ADICIONES/SUSPENSIONES	NINGUNA
SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	NINGUNA
NÚMERO	010-ARC-DISAN-DMBOG- 2024
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO, PARA EL APOYO EN EL

MANEJO DEL APLICATIVO SAP-SILOG MODULO COSTOS Y GESTIÓN DOCUMENTAL DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, CON TOTAL AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y FINANCIERA.

FECHA DE INICIO 15 DE ENERO DE 2024

PLAZO DE EJECUCIÓN 30 DE NOVIEMBRE DE 2024

FECHA DE TERMINACIÓN 31 DE DICIEMBRE DE 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO VEINTIDÓS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$22.858.000,00 M/CTE)

CALIDAD DE LA EJECUCIÓN EN EJECUCIÓN

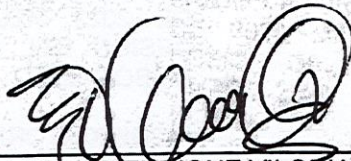
ADICIONES/SUSPENSIONES MODIFICATORIO No. 01: ADICIÓN Y PRORROGA DE FECHA 29 DE AGOSTO DE 2024 ADICIÓN POR VALOR DE DOS MILLONES SETENTA Y OCHO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 2.078.000,00 M/CTE) Y NUEVO PLAZO DE EJECUCIÓN HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024.

PARA UN VALOR TOTAL DEL CONTRATO DE VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$24.936.000,00 M/CTE).

SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO NINGUNA HASTA LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO.

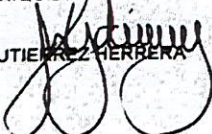
EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C. A LOS SIETE (07) DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2024.

ATENTAMENTE,



TN ELICER ENRIQUE VILORIA-VILARETE
JEFE DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ (E)


REVISÓ: MA2 LOZANO CHIQUILLO JADER


ELABORÓ: OPS ANGY GUTIERREZ HERRERA

	ARMADA NACIONAL	
	DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	CERTIFICACIÓN CONTRATOS	
	Versión: 3.0	Fecha: 01-04-2014

Bogotá, D.C., 07 de octubre 2024

EL SUSCRITO JEFE DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ.

CERTIFICA

QUE LA SEÑORA YENIFER AIDE TABORDA CORONADO, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 53.123.047 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C., HA CELEBRADO CON EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADOS A CONTINUACIÓN:

NÚMERO	006-ARC-DISAN-DMBOG- 2022
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ANALISTA TÉCNICO DEL ÁREA DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS PARA EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ
FECHA DE INICIO_	12 DE ENERO DE 2022
PLAZO DE EJECUCIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2022
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2022
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	DIECISÉIS MILLONES NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$16.929.509,00 M/CTE)
CALIDAD DE LA EJECUCIÓN	CUMPLIÓ
ADICIONES/SUSPENSIONES	<p>MODIFICATORIO No. 01: DE FECHA 02 DE JUNIO DE 2022 MEDIANTE EL CUAL SE REALIZA CESIÓN DEL CONTRATO No. 006-ARC-DISAN-DMBOG-2022.</p> <p>MODIFICATORIO No. 02: DE FECHA 07 DE SEPTIEMBRE DE 2022 REDUCCIÓN AL CONTRATO POR VALOR DE UN MILLÓN SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 1.628.463,00 M/CTE).</p> <p>PARA UN VALOR TOTAL DEL CONTRATO DE QUINCE MILLONES TRESCIENTOS UN MIL CUARENTA Y SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$15.301.046,00 M/CTE)</p>
SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	NINGUNA

"Con UNIÓN, RESPETO Y COMPROMISO navegamos hacia la prosperidad"
CARRERA 58 No 9-67 Puente Aranda PBX 3159845 ext. 21001- 21006 Bogotá "

NÚMERO 013-ARC-DISAN-DMBOG- 2023

OBJETO DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO PARA EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ

FECHA DE INICIO 24 DE ENERO DE 2023

PLAZO DE EJECUCIÓN 30 DE ABRIL DE 2023

FECHA DE TERMINACIÓN 30 DE ABRIL DE 2023

VALOR INICIAL DEL CONTRATO CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL QUINIENTOS DIECISÉIS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$4.811.516,00 M/CTE)

CALIDAD DE LA EJECUCIÓN CUMPLIÓ

ADICIONES/SUSPENSIONES MODIFICATORIO No. 01: DE FECHA 06 DE DICIEMBRE DE 2023 MEDIANTE EL CUAL SE DA CIERRE AL CONTRATO.

SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO NINGUNA

NÚMERO 191-ARC-DISAN-DMBOG- 2023

OBJETO DEL CONTRATO AUXILIAR BACHILLER CON CONOCIMIENTO DE HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS PARA REALIZAR FUNCIONES EN LA DEPENDENCIA DE COSTOS Y APOYAR FUNCIONES DE ARCHIVO.

FECHA DE INICIO 12 DE SEPTIEMBRE DE 2023

PLAZO DE EJECUCIÓN 31 DE DICIEMBRE DE 2023

FECHA DE TERMINACIÓN 31 DE DICIEMBRE DE 2023

VALOR INICIAL DEL CONTRATO CINCO MILLONES CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$5.043.566M/CTE)

CALIDAD DE LA EJECUCIÓN CUMPLIÓ

ADICIONES/SUSPENSIONES NINGUNA

SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO NINGUNA

NÚMERO 010-ARC-DISAN-DMBOG- 2024

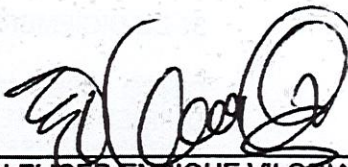
OBJETO DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO, PARA EL APOYO EN EL

MANEJO DEL APLICATIVO SAP-SILOG MODULO COSTOS Y GESTIÓN DOCUMENTAL DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, CON TOTAL AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y FINANCIERA.

FECHA DE INICIO	15 DE ENERO DE 2024
PLAZO DE EJECUCIÓN	30 DE NOVIEMBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VEINTIDÓS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$22.858.000,00 M/CTE)
CALIDAD DE LA EJECUCIÓN	EN EJECUCIÓN
ADICIONES/SUSPENSIONES	MODIFICATORIO No. 01: ADICIÓN Y PRORROGA DE FECHA 29 DE AGOSTO DE 2024 ADICIÓN POR VALOR DE DOS MILLONES SETENTA Y OCHO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 2.078.000,00 M/CTE) Y NUEVO PLAZO DE EJECUCIÓN HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024. PARA UN VALOR TOTAL DEL CONTRATO DE VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$24.936.000,00 M/CTE).
SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	NINGUNA HASTA LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO.

EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C. A LOS SIETE (07) DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2024.

ATENTAMENTE,



TN ELISER ENRIQUE VILORIA-VILARETE
JEFE DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ (E)

REVISÓ: MA2 LOZANO CHIQUILLO JADER

ELABORÓ: OPS ANGY GUTIERREZ HERRERA

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)
NIT. 800.215.908-8

CERTIFICA:

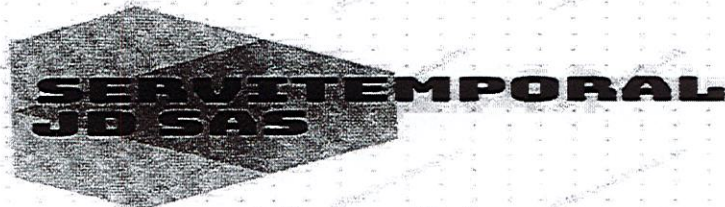
Que de acuerdo con los registros de nómina el (la) señor(a) **YENIFER AIDE TABORDA CORONADO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **53.123.047** cumplió su contrato de **PRACTICANTES SENA PRODUCTIVO** en la empresa, desde el día 3 de abril de 2017 hasta el día 17 de junio de 2018.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C. al 17 de junio de 2018.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra Línea de Atención Telefónica (1) 7957155 Ext 6519 - 6520



LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.
Subdirectora Nacional de Talento Humano



**LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA DE
SERVITEMPORAL JD S.A.S.**

HACE CONSTAR QUE;

La señora Yenifer Aide Taborda Coronado, identificada con Cédula de Ciudadanía No 53.123.047, laboró para nuestra empresa, mediante un contrato a término Indefinido con las siguientes condiciones:

Fecha De Inicio:	20 agosto de 2018.✓
Fecha Fin:	10 de Julio de 2021✓
Cargo:	Auxiliar de Talento Humano.
Tipo De Contrato:	Indefinido.
Total, Salario:	\$ 908.523.
Auxilio de Transporte	\$ 106.454.
Total, Salario;	\$ 1.014.980.

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a) a los 26 Días del Agosto (08) de 2021.

Cordialmente,

Servitemporal jd sas

NIT 901220342-6

Johana Milena Diaz c.
Departamento de Talento Humano
Bogota D,C.

Sede Principal: Av. Jiménez No 8ª 44
Teléfono: 3132937959 -2430370
E-mail:servitemporaljd@gmail.com
Nit: 901.220.342

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YENIFER	AIDE	TABORDA	CORONADO

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio
Dirección
Cargo o función que cumple

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 año gravable 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$9.855.082,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$9.855.082,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí No

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:44:44 AM horas del 27/12/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **53123047**

Apellidos y Nombres: **TABORDA CORONADO YENIFER AIDE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
ato@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-ato@policia.gov.co)



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:46:24 horas del 27/12/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **53123047**, Apellidos y Nombres **TABORDA CORONADO YENIFER AIDE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA**, con NIT **901541302-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"; con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

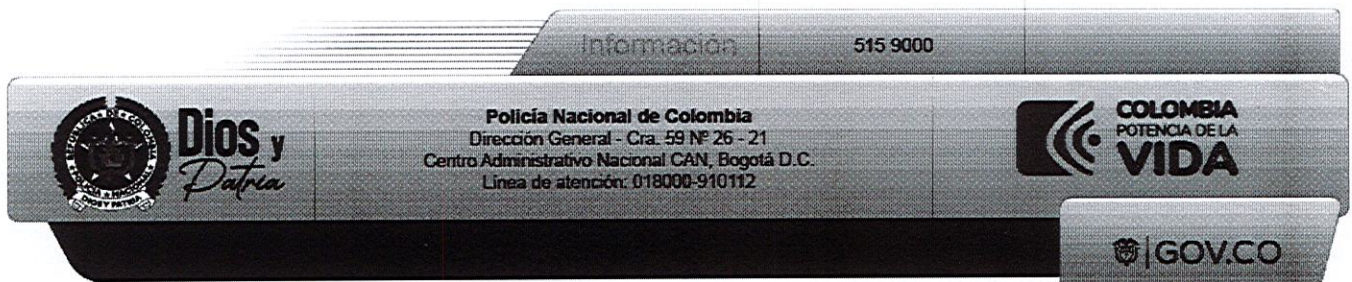
Que a la fecha, 27/12/2024 10:47:15 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **53123047** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **107241857** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir



RADIQUE AQUÍ CONCILIACIONES ADMINISTRATIVAS**Consulta de antecedentes**

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de
Identificación:

Cédula de ci ▼

Número
Identificación:

53123047

¿ Cuanto es 3 X 3 ? ↻

8

Consultar**Datos del ciudadano**

Señor(a) YENIFER AIDE TABORDA CORONADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 53123047.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: viernes, diciembre 27, 2024 - Hora de consulta: 10:47:57

OTRAS ENTIDADES**Procuraduría General de la Nación****Sede principal**

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750

Línea gratuita: +57 01 8000 940 808

Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808

Contáctenos:

Sede ElectrónicaCorreo de notificaciones judiciales: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/procesos-judiciales.aspx>

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

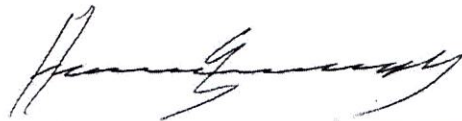
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 27 de diciembre de 2024, a las 10:48:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	53123047
Código de Verificación	53123047241227104848

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



**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 53123047 **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 10/01/2025 10:43 AM



Código Verificación: **2FEHK4W3GT**

Válida hasta: **10/04/2025**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Centro Johann Kepler

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Según resolución No. 2091 del 01 de Julio de 1999

Confiere a:

TABORDA CORONADO YENIFER AIDE

C. C. 53123047 de Copacabana (Ant)

EL TÍTULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber cumplido satisfactoriamente los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Nacional, según los planes y programas vigentes


Anderson Salcedo Valle


Hugo Ramón Ortiz



ANOTADO FOLIO No. EN DEL LIBRO DE REGISTRO No. 27
DADO A LOS 11 DIAS DEL MES DE Diciembre DE 2010

COPY DEL ORIGINAL EXPEDIDO EL 14 DE Mayo DE 2011

*El presente documento fue expedido en Bogotá D.C. el 14 de Mayo de 2011
por el Centro Johann Kepler de Copacabana de Bogotá D.C.*



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

YENIFER AIDE TABORDA CORONADO

Con Cedula de Ciudadanía No. 53123047

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

TÉCNICO EN

APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD.

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Bogotá,
a los dieciseis (16) días del mes de julio de dos mil dieciocho (2018)*

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

41416035 - 16/07/2018

No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9403001322615CC53123047C.



REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ACTA DE GRADO

Nº Y FECHA REGISTRO 41416035 - 16/07/2018

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: **YENIFER AIDE TABORDA CORONADO**, Con Cedula de Ciudadania No. 53123047

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD.

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá, a los dieciseis (16) días del mes de julio de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

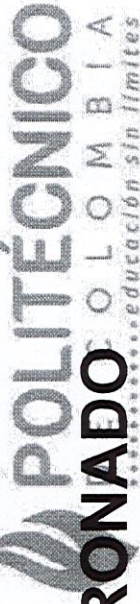
La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9403001322615CC53123047A.



REPÚBLICA DE COLOMBIA



Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4



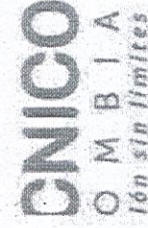
HACE CONSTAR QUE:
YENIFER AIDE TABORDA CORONADO

Con Documento de Identidad No 53123047



**CURSO Y APROBO EL
DIPLOMADO EN COSTOS**

MEDELLIN - 20 DE JULIO DE 2024 AL 23 DE AGOSTO DE 2024

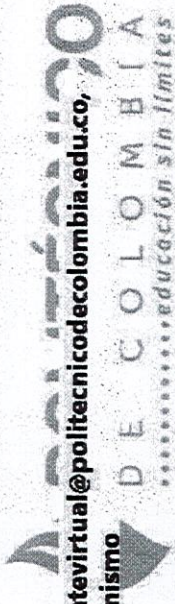
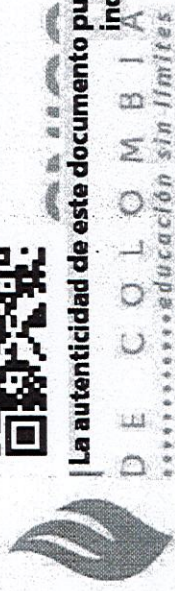


Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas No 0020240823



FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 240823A-496458

www.politecnicodecolombia.edu.co



La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**.

CERTIFICA

Que **Yenifer Aide Taborda Coronado**, identificado(a) con CC número **53123047**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	CC 53123047
NOMBRES Y APELLIDOS	Yenifer Aide Taborda Coronado
TIPO DE AFILIADO	Cotizante independiente
PARENTESCO	Ninguno
FECHA DE NACIMIENTO	08/01/1985
ESTADO DE LA AFILIACION	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACION	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/03/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	80 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACION AL RÉGIMEN	01/03/2019
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 53123047 YENIFER AIDE TABORDA
CORONADO Desde 15/01/2024 - Vigente



**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:

YENIFER AIDE TABORDA CORONADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.123.047**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Diciembre del 2024.

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.



PROCESO Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
 Formato requisitos de vacunación personal con actividades administrativas de archivo DIGSA
 Código MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-112
 Vigente Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

- Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
 2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
 3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
 4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
 5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
 6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario.

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al género del aspirante.

Apellidos: TABORDA CORONADO Nombres: YENIFER AIDE
 N° de Documento: 53.123.047 Edad: 40 AÑOS
 Género: Mujer Hombre
 Profesión u ocupación: AUX. DE ARCHIVO Número de contacto: 311 828 4577
 Correo electrónico: sofiaangel85@hotmail.com

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal está realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA DISAN EJC DISAN ARC JEFSA FAC

Establecimiento de Sanidad Militar: DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA

Cargo al que aspira: AUX. DE ARCHIVO SAF DMBOG

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (X), en la casilla correspondiente, el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA Servicio Social Obligatorio (SSO) Prestación de Servicio (OPS)

IV. DATOS CARNE DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO a las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Validación contra el carné de vacunación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE ARCHIVO

Verifique con la copia de carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una (X) si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación, y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
 Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSES	CUMPLE SI/NO/N/A	FECHA DE APLICACIÓN /PENDIENTE/N/A	
Toxide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	28/07/2017	
			2da	SI	1/09/2017	
			3ra	SI	5/05/2018	
			4ta	SI	19/07/2019	
			5ta	SI	13/01/2025	
	Hombre		1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema			
			1ra			
			2da			
			3ra			
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema			

OBSERVACIONES:

VII. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI NO

VIII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI NO

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Ts Alexandra Burgos

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo



Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Firma del aspirante

Certificado de Vacunación

Institución: Asociación Empresarial del Café

Nombre: APLICADO Veniter Taborda

Identificación: _____ Teli: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote	Firma Vacunador
HB	1	17 JUL 2017	48402601	
	2	17 MAY 2017	143102801	
	3	27 JUN 2017	143102801	

Código de Sirefi Pasteur

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxide Tetánico Diftérico Td	1	28 JUL 2017	2285519	
	2	28 JUL 2017	2285519	
	3	25 ABR 18	2285519	
	4	18 JUL 2017	2285519	
	5			
Contra Hepatitis B	1	09 Julio 2020		
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		08 AGO 2019	V50219066	08/20 Clav
Virus de Papiloma Humano		08 AGO 2019	V50222008	08/20 Clav
N 23		08 AGO 2019		

Lote: R023178
Vig: 22-04-2020
PNEL (VAC ANTI POLI)

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	14 DIC 2021	Janssen	10121021	PROTECTOR SALUD SRS	Raym. M. Perez C.	
	2					Raym. M. Perez C.	C.R.C. 1102600967



INGRESO

Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA SUR 2
7443001

DIRECCIÓN
EMAIL

Autopista Sur Transv. 35 No. 38 - 40
ctas.sur@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2022-05-28

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombre y Apellidos	YENIFER AIDE TABORDA CORONADO	Identificación CC	Nro 53123047
Fecha de Nacimiento	1985-01-08	Edad	37
Empresa	PARTICULAR/SUR	Sexo	F
Cargo	AUXILIAR DE CUENTAS MEDICAS		
Fecha Ingreso	2022-05-28 11:47:55	Fecha Salida	2022-05-28 11:48:58

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD

SI

RECOMENDACIONES

Observaciones

VALORACION OPTOMETRICA

Uso de fórmula visual

NO PRESENTA

OTROS

INGRESO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

NO PRESENTA

OTROS

De acuerdo con las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de mi caso. Artículo 62 CST.

He informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dr. Julio Paulino Zapata U.
Médico Generalista
Cédula Profesional No. 1014
C.C. 5071010

Yennifer Aide Taborda Coronado

Dr. JULIO PAULINO ZAPATA MADRIZ

CC 5071010

Doctor y jefe del servicio

YENIFER AIDE TABORDA CORONADO

CC 53123047

Paciente del Hospital



Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirrección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA SUR 2
7443001

DIRECCIÓN
EMAIL

Autopista Sur Transv. 35 No. 36 - 40
citas.sur@cendiatra.com

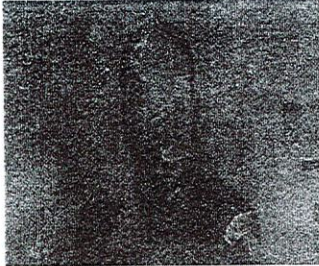
FECHA DE EXAMEN

2022-05-26

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	YENIFER AIDE TABORDA CORONADO	Identificación CC	Nro 53123047
Fecha de Nacimiento	1985-01-08	Edad	39
Empresa	PACIENTE OCASIONAL		
Cargo	AUXILIAR DE CUENTAS MEDICAS		
Fecha Ingreso	2022-05-26 11:47:55	Fecha Salida	2022-05-26 11:48:58

EXAMENES

ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN OPTOMETRICO

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA

SI

Observaciones:
uso de formula visual
NO PRESENTA

OTRAS:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

OTROS

NO PRESENTA

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009 y Resolución 217 de 2014.

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dr. Julie Pauline Zapata V.
 Médico Ocupacional S.O.
 Cédula Profesional del ASESOR
 No. 5071010
 De 27/01/2015

Yenifer Aide Taborda Coronado

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ

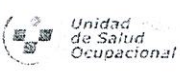

RM: 52814156

Firma y sello del médico


YENIFER AIDE TABORDA CORONADO

CC 53123047

Firma del trabajador

	<h2>OPTOMETRIA</h2>	Cód.: FT-MO- OP-01	
		Versión: 5	
		Fecha: 01/12/2023	
		Página: 1	

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha: 2024-05-22 Nombre: YENIFER AIDE TABORDA CORONADO Empresa: Particular En Misión: Ciudad del Exámen: BOGOTA MONTEVIDEO Cédula: 53123047	Tipo de examen: PREINGRESO Cargo: INDEPENDIENTE	
---	--	---

ANEMNESIS

Primera vez: NO Usa rx: SI RX en uso OD: NO RECUERDA LA FORMULA Clase: MONOFOCAL Observaciones: RX EN USO	Tipo: LENTES RX en uso OI: NO RECUERDA LA FORMULA Anti Reflejo:	Ultimo Examen visual: Años: 2 Meses: 00 Dias: 00 Uso: PERMANENTE ADD: NINGUNA Policarbonato: Otros:
--	--	--

ANTECEDENTES PERSONALES

HTA: NO Pterigio: NO Observaciones: NINGUNA	Diabetes: NO Glaucoma: NO	Triglicéridos: NO CX_Ocular: NO
--	--	--

ANTECEDENTES LABORALES (factor de riesgo)

Físicos

Radiaciones (UV-IR): NO
 Soldadura: NO
 Fundición: NO
 Iluminación: SI
 Calor: NO

Químicos

Polvo: NO
 Humo: NO
 Líquido: NO
 Gases y/o vapores: NO

Físico - químicos

Madera: NO
 Papel: NO
 Textiles: NO
 Sust inflam: NO
Metal: NO
Plásticos: NO
Vidrios: NO
Arco Eléctrico: NO

Eléctricos

Aparatos eléctricos: SI

Biologicos

Material de laboratorio: NO
Secreciones: NO
Otros:

Ergonómicos

Fijación permanente: SI
Otros:


 S.I. BARBERO MIRO YENMY
 LIDER SST OMBOG
 C.C. 52.953.076
 23/05/2024

Observaciones: NINGUNA

SÍNTOMAS ACTUALES

Disminución AV lejos: NO
Disminución AV cerca: NO
Enrojecimiento: NO
Desviación ocular: NO
Asintomático: NO
Observaciones: NINGUNA

Cansancio: NO
Lagrimo: NO
Ardor: NO
Fotofobia: NO

Cefalea: NO
Prurito: NO
Secreción: NO
Sequedad: NO

EXAMEN

Agudeza visual

Sin corrección

Lejos OD: 0/0 Lejos OI: 0/0
Cerca OD: Cerca OI:

Con Corrección

Lejos OD: 20/25 Lejos OI: 20/50
Cerca OD: 0.50 M Cerca OI: 0.75 M

Examen externo

Ojo derecho:
Observaciones: NINGUNA

Ojo izquierdo:

Estado motor

CVX Confrontación: NORMAL
Visión lejana: ORTHO
Mono vision: NO

Visión próxima: ORTHO
PPC: 9 CM

Oftalmoscopia

Ojo derecho: NORMAL
Observaciones: NORMAL

Ojo izquierdo: NORMAL

Refracción

Ojo derecho: SOBRE RX +0.25-0.50*0
Ojo izquierdo: SOBRE RX +0.25-1.25*180

AV: 20/20
AV: 20/25

Subjetivo

Subjetivo (Rx final) OD: SOBRE RX +0.25-0.50*0 AV L: 20/20 AV C: 0.50 M
Subjetivo (Rx final) OI: SOBRE RX +0.25-1.25*180 AV L: 20/25 AV C: 0.50 M
ADD: NINGUNA

Visión cromática

Ojo derecho: NORMAL
Observaciones: ESTERIOPSIS 430"

Ojo izquierdo: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

DIAGNÓSTICO

Diagnostico OD: ASTIGMATISMO
Recomendaciones: PAUSASA CTIVAS

Diagnostico OI: ASTIGMATISMO

CONDUCTA A SEGUIR

Conducta a seguir: CAMBIO DE CORRECCION
Correccion tipo: NO APLICA
Control en (1) año:
Dotar EPP(Gafas de seguridad):

Corrección uso: PERMANENTE
Filtro UV:
Control en (6) meses:
Remisión oftalmología:

Gafas con filtro UV:
Continuar uso EPP:
Remisión ortoptica:

Handwritten signature

YENIFER AIDE TABORDA CORONADO
C.C:53123047

Carolina Robledo

Dra. Carolina Robledo G.
Oftalmóloga
Creadora de la Sala
1426 - Reg. CNU 2040

Carolina Robledo G
Registro:1426
Lic:N/A

Handwritten signature
SI BARRERA MIÑO YENNY
LIDER SST DMBOG
C.C. 52.953.075
23/05/2024

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14809652738



(415)7707212489984(8020) 000001480965273 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **9 0 1 5 4 1 3 0 2** 6. DV **9** 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá **3 2** 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona jurídica** 25. Tipo de documento **1** 26. Número de Identificación 27. Fecha expedición

Lugar de expedición 28. País 29. Departamento 30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido 32. Segundo apellido 33. Primer nombre 34. Otros nombres

35. Razón social **DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ**

36. Nombre comercial **DMBOG**

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal **CR 58 9 67**

42. Correo electrónico **francisco.alvarado@armada.mil.co**

43. Código postal 44. Teléfono 1 **3 0 0 6 6 1 9 1 2 0** 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código	
8 6 2 1	2 0 2 1 0 7 3 0			1	2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **7 1 4 4 2**

07- Retención en la fuente a título de rent

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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 60. No. de Folios: **1 7** 61. Fecha: **2022 - 02 - 04 / 15 : 19: 33**

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 **SOTO FERRARI MAYRA ALEJANDRA**
985. Cargo **Gestor I**

Certificación Bancaria

Viernes, 10 de enero de 2025

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **YENIFER AIDE TABORDA CORONADO** identificado(a) con CC. **53123047** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	912-369408-41	2022/05/19	Activa

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.




Santiago Valencia Calderón
Lider Area de Conocimiento Autoservicios


 **Bancolombia**

FORMULARIO No.7

FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA SIF II E INFORMACIÓN TRIBUTARIA

FORMATO ANEXO No. E - BENEFICIARIO CUENTA	
 <p>MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia</p>	<p style="text-align: center;">FORMATO Anexo No. 1 Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIF Nación</p> <p style="text-align: right;">Página 1 de 1 Código : 47 - PFMDNSGDF - F022 - 01 Vigente a partir de: 08 JUL 2014</p>
CIUDAD <u>Bogotá</u> FECHA _____ Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIF-Nación.	
I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR	
PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista). Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.
CONSORCIO O UNION TEMPORAL Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal. Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal	Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.
Los terceros naturales nacionales o extranjeros, jurídicos nacionales o extranjeros o consorcios y uniones temporales, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días.	
II. INFORMACION BASICA Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número: _____	
DATOS PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA	
NOMBRE O RAZON SOCIAL: <u>Yennifer Aide Taborda Orando</u>	
Tipo documento de identificación: _____ Cédula de Ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. <u>53'123.047</u> Cédula de Extranjería: <input type="checkbox"/> No. _____ Nit Persona Jurídica: <input type="checkbox"/> No. _____ Nit Persona Natural: <input type="checkbox"/> No. _____ Pasaporte: <input type="checkbox"/> No. _____ Registro Civil: <input type="checkbox"/> No. _____ Tarjeta de Identidad: <input type="checkbox"/> No. _____ Otro Tipo Documento: <input type="checkbox"/> No. _____ Cuál: _____	
III. INFORMACION PARTICIPANTES	
CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES	
OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES	
PORCENTAJE DE PARTICIPACION: _____	
NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES: _____	
IV. DATOS INFORMACION GENERAL	
TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL	
Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Sociedad Colectiva <input type="checkbox"/> Sociedad Comandita por Acciones <input type="checkbox"/> Sociedad Comandita Simple <input type="checkbox"/> Sociedad de Economía Mixta <input type="checkbox"/> Sociedad de Hecho <input type="checkbox"/> Sociedad Limitada <input type="checkbox"/> Sociedad Sucursal Extranjera <input type="checkbox"/> Sociedad Simplificada por Acciones (SAS) <input type="checkbox"/>	Cooperativa <input type="checkbox"/> Empresa Unipersonal <input type="checkbox"/> Empresa Comunitaria <input type="checkbox"/> Empresa de Servicio <input type="checkbox"/> Entidad Pública <input type="checkbox"/> Empresa Solidaria de Salud <input type="checkbox"/> Entidad sin Animo de Lucro <input type="checkbox"/> Federación o Confederación <input type="checkbox"/> Cooperativa de trabajo asociado <input type="checkbox"/>
Empresa Ind. Y Cial del Estado <input type="checkbox"/> Asociaciones Mutualistas <input type="checkbox"/> Fondos de Empleados de Instituto de Economía Solidaria <input type="checkbox"/> Precooperativa <input type="checkbox"/>	ENTIDAD EN PROCESO <input type="checkbox"/> LIQUIDATORIO <input type="checkbox"/>
TIPO DE CAPITAL: PRIVADO <input type="checkbox"/> PUBLICO <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO: PUBLICO _____ % PRIVADO _____ % TOTAL _____ %	

V. INFORMACION TRIBUTARIA			
TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA			
ICA	<input type="checkbox"/>	IMPUESTO TIMBRE	<input type="checkbox"/>
RENTA	<input type="checkbox"/>	RETENCION EN LA FUENTE ICA	<input type="checkbox"/>
RETENCION EN LA FUENTE RENTA	<input type="checkbox"/>	GRAN CONTRIBUYENTE	<input type="checkbox"/>
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA	<input type="checkbox"/>	RETENCION EN LA FUENTE IVA	<input type="checkbox"/>
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL	<input type="checkbox"/>		
INFORMACION EXOGENA	<input type="checkbox"/>	NO CONTRIBUYENTE	<input type="checkbox"/>
REGIMEN COMUN	<input type="checkbox"/>	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
REGIMEN ORDINARIO	<input type="checkbox"/>	NO RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>
ENTIDAD DEL ESTADO	<input type="checkbox"/>	RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>
AUTORRETENEDOR	SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
VI. UBICACIÓN			
TIPO DE DIRECCION		DOMICILIO CIVIL	<input type="checkbox"/>
DIRECCION PROCESAL	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO FISCAL	<input type="checkbox"/>
DOMICILIO CONTRACTUAL	<input type="checkbox"/>	RESIDENCIA	<input type="checkbox"/>
Dirección			Teléfono
E-mail			Fax
País			Región
Ciudad			
Localización	Nacional <input type="checkbox"/>	Extranjera	<input type="checkbox"/>
Página Web			Contacto
Designación del contacto			E-mail del contacto
Apartado Aéreo			
VII. REPRESENTANTE LEGAL			
TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL		Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:	
Revisor Fiscal	<input type="checkbox"/>	Tutores y Curadores por los incapaces	<input type="checkbox"/>
Albaceas	<input type="checkbox"/>	Mandatarios o Apoderados Generales	<input type="checkbox"/>
Representante legal de Personas Jurídicas	<input type="checkbox"/>	Padres por su hijos menores	<input type="checkbox"/>
Donatorios o Asignatarios	<input type="checkbox"/>	Nombre Representante Legal:	
Otros	<input type="checkbox"/>	Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	
VIII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA			
		Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:	
Entidad Financiera	<u>Bancolombia</u>	Número de Cuenta	
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorro	<input checked="" type="checkbox"/>
<hr/> NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR) <hr/>			
NOTA 1: El único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.			
NOTA 2: La información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.			
NOTA 3: Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales.			

	ARMADA NACIONAL	
	DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL	
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL	
	COMPROMISO ANTISOBORNO	
Versión: 1.0	Fecha: 04/11/2022	Página 1 de 2

COMPROMISO ANTISOBORNO


El Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional-(Indicar La Unidad Ejecutadora), ha declarado el compromiso institucional de cero tolerancias con el soborno y la corrupción; adoptando prácticas e impulsando campañas y mecanismos que permitan prevenir y detectar potenciales situaciones de soborno o conductas irregulares en el accionar de los contratistas de la entidad, mediante el desarrollo de actividades, planes y programas en el marco de los valores y la integridad aplicadas en el Código de Integridad de la entidad.

Por lo anterior, se suscribe el siguiente compromiso antisoborno:

Yo, Yennifer Arde Taborda Coronado, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 53123047, expedida en Bogotá en mi calidad de **OFERENTE Y/O PROVEEDOR**, contrato _____ Representante legal _____ Empresa _____ NIT: _____ Contrato MDN- _____ De manera voluntaria y libre de coacción, coerción, amenaza, dádiva y/o promesa remuneratoria, directa o indirecta, mediante la suscripción de este documento a título de aporte unilateral a favor del **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar – Dirección de Sanidad Armada Nacional-(Indicar La Unidad Ejecutadora)**, en cumplimiento del compromiso de lucha contra la corrupción, declaro que asumo los siguientes compromisos:


- 1) Manifiesto públicamente que conozco el alcance y el contenido de la Política, objetivo y alcance del Sistema de Gestión de Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional, y como consecuencia de ello me comprometo a tomar una actitud de cero tolerancias ante el soborno y la corrupción.
- 2) Rechazar, NO aceptar y/o solicitar, NO ofrecer, NO prometer y NO entregar para sí o para otro, dádivas, regalos, bonificaciones, comisiones y/o promesa remuneratoria, directa o indirectamente; tanto en el Ministerio como fuera de él, a cambio de obtener beneficios ilegales en la ejecución de las obligaciones contractuales.
- 3) Rechazar y NO aceptar ningún tipo de fiestas, recepciones, homenajes, o cualquier tipo de atención social de servidores del Ministerio de Defensa Nacional, interventores, consultores o contratistas de la entidad o de personas con interés en los diferentes momentos del contrato que me fue adjudicado.
- 4) Prevenir el soborno por, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe en relación con la operación correspondiente, proyecto, actividad o relación.
- 5) Fomentar y aplicar mecanismos, instrumentos y/o controles al interior de la empresa que represento y/o en nombre propio para la prevención de prácticas de conductas asociadas al soborno, el fraude o la corrupción.
- 6) Fomentar el reporte de las conductas o hechos que puedan llegar a configurar prácticas de soborno, corrupción o fraude con fundamento en la buena fe o en una sospecha razonable.
- 7) Promover acciones encaminadas a la formación e inducción de mis empleados y socios de negocios en la aplicación de la Sistema de gestión de Antisoborno basados en los requerimientos de la Norma ISO 37001 y la normativa aprobada por el Ministerio de Defensa Nacional que tienen la finalidad de combatir el soborno y la corrupción en las relaciones inherentes a mi cargo, entre ellos el Código de Ética e Integridad.

 REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

	ARMADA NACIONAL	
	DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL	
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL	
	COMPROMISO ANTISOBORNO	
	Versión: 1.0	Fecha: 04/11/2022
		Página 2 de 2

- 8) Garantizar la confidencialidad de los datos de quien reporte hechos de corrupción soborno o fraude en la entidad.
- 9) Proteger la identidad de los informantes y de las personas que participan en la denuncia.
- 10) Proteger a mis empleados, socios de negocio y partes interesadas, ante cualquier represalia, como consecuencia de denuncias por prácticas que puedan constituir soborno.
- 11) Aceptar que la violación de Política del Sistema de Gestión Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional dará lugar al inicio de investigaciones por parte de la Oficina de Control Interno Disciplinario del Ministerio de Defensa Nacional o al traslado de las denuncias correspondientes a las demás autoridades competentes, con la finalidad de establecer la responsabilidad administrativa, fiscal, disciplinaria, civil a que haya lugar, así mismo se da a conocer los canales dispuestos por el MDN.
 - ❖ Correo electrónico: lineadelhonor@mindefensa.gov.co - antisoborno@mindefensa.gov.co
 - ❖ Línea telefónica: Línea del honor -antisoborno PBX: 3150111 ext. 40135
 - ❖ Buzones físicos en punto de atención presencial.
 - ❖ APP: Mindefensa.
 - ❖ Sede electrónica: <https://wasedeelectronicapro.azurewebsites.net/mindefensa.html?#/home>
- 12) Que, conociendo los mecanismos dispuestos de denuncia planteados en la política de Antisoborno del Ministerio de Defensa, recibir y dar traslado oportuno de las denuncias.
- 13) Respetar los valores representados en el Código de Integridad del Ministerio.
- 14) Colaborar de buena fe en cualquier investigación llevada a cabo por el Ministerio de Defensa Nacional y sus representantes, en caso de que se produzca algún incumplimiento de estos compromisos.
- 15) Aceptar que el MDN puede poner fin a la relación contractual en caso comprobado de soborno por parte de, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe, en relación con la transacción correspondiente, proyecto, actividad o relación. Hago constar que soy consciente de la responsabilidad que implica la suscripción de este acuerdo.

Dado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 27 () días del mes de 12 del año 2021 con la firma de este documento, doy prueba de que conozco y me comprometo para aplicar la Política Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional.



FIRMA

c.c. 53'123.097.





ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL

GESTIÓN CONTRACTUAL

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Versión: 1.0

Fecha: 01/01/2013

YO Yennifer Aída Taborda identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53123047, mediante el presente anexo declaro que según la información entregada por la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** me comprometo como Contratista a Conocer, entender y cumplir con las políticas de seguridad y normatividad que trate la materia, así mismo tengo claro que toda información institucional que sea manipulada, transformada, generada o creada, en las instalaciones de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** o la que se maneje fuera de ella, son de propiedad exclusiva de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**, por lo tanto es de mi total saber y entender que no podré utilizar, ni siquiera después de finalizar mi actividad contractual dicha información. Solo será utilizada la documentación, única y exclusivamente para los fines para los que fue entregada; además me comprometo a conservarla con la debida seguridad e impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento y cumplir con las instrucciones que imparta la DISAN.

Como parte receptora de dicha información me comprometo a:

- Adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su adulteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
- Respetar los derechos de propiedad y la reserva de toda la información y datos confidenciales que sean propiedad de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**.
- No divulgar a otras personas la información a la que tenga acceso, estructuras de la red, direcciones y demás datos sensibles que puedan ser utilizados para acceder a la información o a la red de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**.

Por último es claro para mí, que si incumplo el compromiso de confidencialidad de la información y las políticas de seguridad establecidas en este documento, será declarado el incumplimiento del contrato de prestación de servicios y por ende se dará la terminación del mismo por parte de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**; adicionalmente se hará posible la aplicación de las sanciones civiles, penales y todas aquellas que legalmente correspondan especialmente las señaladas en la Ley Estatutaria 1266 del 31 de Diciembre de 2008 y demás normas que rijan la materia.

Atentamente,

Yennifer Aída Taborda
C.C. 53123047

CONTRATISTA Yennifer Aída Taborda

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del MINISTERIO, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del MINISTERIO DE DEFENSA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación directa.

1.5. EL PROPONENTE se compromete a que en caso que se le adjudique el contrato, no buscare financiación ni utilizará recursos estatales en negocios de captación o recaudo no autorizado de recursos del público en forma masiva.

CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en EL REGLAMENTO del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de

Bogotá a los 27 dicembre 2024

Haydée Acevedo

C.C. . 53' 123. 047