ABRIL

Doctora
JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS
Gerente
E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes
Funza Cundinamarca

Ref.: Presentación propuesta de servicios de Apoyo a la gestión de la E.S.E.

Yo Leslie Gutierrez S, identificada con la cédula de ciudadanía No. 22551816 expedida en Barranquilla, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO ESTUDIOS PREVIOS PARA LA CONTRATACIÓN DE UNA PERSONA AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE REALICE EL APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL A EFECTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN NO 1220 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD.

ACTIVIDADES A REALIZAR

N°	Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfil	Entregables (Medio de verificación)
1	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio	1 vez - Al inicio de la operación en el microterritorio	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Informe de mapeo, cartografía social abordaje en el microterritorio queincluya registro fotográfico y listas de asistencia
2	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación	Según plan de trabajo y cronograma	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Formularios de afiliación diligenciados Formulario de caracterización con a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa diligenciados Herramienta de seguimiento de resolución 3280 de 2018 indicada por MSPS
3	Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa	Según plan de trabajo y cronograma	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Formulario de caracterización con a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa diligenciados Herramienta de seguimiento de

				resolución 3280 de 2018 indicada por MSPS
4	Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).	Según plan de trabajo y cronograma	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Instrumento de canalización diligenciado
5	Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública	Según plan de trabajo y cronograma	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Instrumento de canalización diligenciado
6	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	Según demanda	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Bitácora de remisión
7	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno	Según plan de trabajo y cronograma	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario e historia clínica
8	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	Según plan de trabajo y cronograma	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario
9	Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	Según plan de trabajo y cronograma	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Instrumento de canalizaciones diligenciado base semanal
10	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	Según plan de trabajo y cronograma	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Instrumento de canalizaciones diligenciado

11	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	Según plan de trabajo y cronograma	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS del MSPS
12	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo	Según plan de trabajo y cronograma	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Registros de participación, documentos Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS dispuesta por el MSPS
13	Valorar el riesgo en salud individual y familiar a la población canalizada por las auxilires de enfermería de los Equipos Básicos ern Salud, de acuerdo a los microterritorios priorizados	Según plan de trabajo y cronograma	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Registros de participación, documentos Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS dispuesta por el MSPS
14	Realizar y enviar semanalmente la base de datos de demanda inducida en salud con la semaforización del riesgo identificado, a la auxiliar del gestión del riesgo asignada.	Según plan de trabajo y cronograma	ODONTOLOGIA /NUTRICION/TERAPIA FISICA/TRABAJO SOCIAL	Registros de participación, documentos Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS dispuesta por el MSPS

VALOR MENSUAL: El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensuales es según lo ejecutado cada mes según el anexo técnico

TÉRMINO INICIAL DE EJECUCIÓN: Según el contrato interadministrativo MINISTERIO DE SALUD EQUIPOS BASICOS de 2024. hasta el día 25 de diciembre del 2024.

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista I**ndependiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral**, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).
En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaró que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incursa en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCIÓN: Manifiesto que mi dirección de residencia es Cra 22A #10-63 barrio Santa teresita del municipio de Fonte, correo electrónico Liliqsz+ok@hotmail.com mi número de celular es 3003556178

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,

(Firma) _____
Nombre: Leslie Gutierrez S.
C.C. No. 2255186

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gutierrez	Sierra	Leslie Mercedes

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 22551816	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 27 MES 12 AÑO 1981	CARRERA 22A 10 63 MANZANA A CASA 12 SANTA TERESITA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	ATLÁNTICO	MUNICIPIO	FUNZA		
MUNICIPIO	BARRANQUILLA	TELÉFONO	3003556128	EMAIL	liligs27@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	11	AÑO	1998
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		NUTRICION Y DIETETICA	12	2004	MND02134

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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*
ESPAÑOL			X			X		X	

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 ALCALDIA DE FUNZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	18	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	17	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 13 05					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	29	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 13 05					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8263211	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	08	*Mes*	10	*Año*	2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 13 05					

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:		Año:
AREA 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	1	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	2
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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Tunja, Abril - 2025-

Yeshe M. Pinheros

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **22.551.816**
GUTIERREZ SIERRA

APELLIDOS
LESLIE MERCEDES

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-DIC-1981**
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

14-ENE-2000 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500100-00169574-F-0022551816-20090814 0014957002H 1 6170007126

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-04-21 08:02

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LESLIE	MERCEDES	GUTIERREZ	SIERRA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	22551816

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	BARRANQUILLA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FUNZA

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	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FUNZA

Dirección	["Calle 11 # 9 - 99"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$120.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$120.000.000,00

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

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

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 [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14730523954

(415)7707212489984(8020) 000001473052395 4

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 2 5 5 1 8 1 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	SIERRA	LESLIE	MERCEDES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Funza 2 8 6

41. Dirección principal: CR 22 A 1063 MZ A CA 12

42. Correo electrónico: LILIGS27@HOTMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 3 5 5 6 1 2 8	3 0 1 4 9 9 5 9 0 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GUTIERREZ SIERRA LESLIE MERCEDES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
TIPO DE DOCUMENTO	**NOMBRE**		**ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA**
FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
CÓDIGO	**VERSIÓN**	**FECHA ELABORACION**	**PAGINA**
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	**1 de 4**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	**TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE**			**TIPO DE SOLICITUD**
	Contratista X	Proveedor ___	Personal Planta ___	Vinculación X
	Prestador IPS ___	Junta Directiva ___	Otro _____	Actualización ___

Departamento: Cundinamarca | Ciudad: Fonta

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:
Gutierrez	Sierra	Leslie Mercedes.
Tipo De Documento	**No. De Identificación**	**Fecha De Nacimiento**
C.C.	22.551.816	27-12-1981.
Lugar De Nacimiento	**Fecha De Expedición**	**Lugar De Expedición**
Barranquilla	14-01-2000	Barranquilla.
Dirección:	**Ciudad**	**Departamento**
Cra 22A # 10-63	Fonta	Cundinamarca
Teléfono	**Celular**	**Profesión/Ocupación**
3003556128	3003556128	Nutricionista.

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tiene reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO.
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

PERSONA JURÍDICA

Razón social:	Nit:	Correo electrónico

Tipo de contribuyente: ___ Régimen simplificado ___ Régimen común ___ Grandes contribuyentes ___ Otra ___
¿Cual? _____

Tipo de Empresa: Privada _____ Publica _____ Mixta _____ Sin ánimo de lucro _____

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación. (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón Social O Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Porcentaje De Participación	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos $	Total Pasivos $	Total Patrimonio $
Ingresos Mensuales $ 3.500.000	Egresos Mensuales $ 3.000.000	Otros Ingresos $ 2.500.000
Corte De Información Financiera		

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

N° 1483

EL SUSCRITO SECRETARIO JURÍDICO DEL MUNICIPIO DE FUNZA
CERTIFICA:

Que de conformidad con los archivos que reposan en la entidad, el (la) señor (a) **LESLIE GUTIERREZ SIERR** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 22.551.816 suscribió con el Municipio de Funza, Cundinamarca, los siguientes contratos:

Nombre del contratante	Municipio de Funza
Nit:	899.999.433-5
Nombre del contratista :	Leslie Gutiérrez Sierra
Identificación:	22.551.816
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Número del contrato:	329278-2022
Fecha Inicio del contrato:	18 de enero de 2022
Fecha de terminación del contrato:	17 de diciembre de 2022
Estado:	Liquidado
Objeto:	Prestación de servicios profesionales para desarrollar acciones de gestión del riesgo en la dimensión seguridad alimentaria y nutricional de la Secretaría de Salud.
Obligaciones:	1. Suscribir de forma conjunta con el supervisor designado el acta de inicio del contrato. 2. Participar en cuatro (4) jornadas o ferias "salud con corazón" tomando peso y talla a la población menor de cinco años, gestantes, adulto mayor, para la identificación de malnutrición en la población. 3. Realizar cuatro mesas de trabajo para coordinar con los actores de Sistema General de Seguridad Social en Salud, las acciones de intervenciones poblacionales, individuales y colectivas en alimentación y nutrición, en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud. 4. Realizar trimestralmente, seguimiento al cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, y la adecuada toma de medidas antropométricas, en las entidades prestadoras de salud, instituciones prestadoras de servicios, instituto colombiano de bienestar familiar e instituciones donde se realice clasificación nutricional de la población. 5. Realizar semestralmente, georreferenciación de los casos de malnutrición, teniendo en cuenta la información registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública y el Sistema Web de Monitoreo y Nutrición de la Gobernación de Cundinamarca MANGO, bases datos y análisis de información; con el fin de generar un boletín tipo presentación, para socializar en las diferentes

mesas de trabajo convocadas por la Secretaria de Salud.

6. Requerir a las entidades administradoras de planes de beneficios de salud, el seguimiento de los casos identificados con malnutrición presentes en el municipio.

7. Realizar intervenciones de seguimiento domiciliario, haciendo seguimiento y monitoreo del SISVAN (SIVIGILA y MANGO) de forma semanal, identificando los casos de recién nacidos con bajo peso, menores en programas madre canguro, menores de 5 años con desnutrición aguda, con el fin de garantizar acciones oportunas que contribuyan a mejorar el estado nutricional.

8. Realizar intervenciones de seguimiento domiciliario, haciendo seguimiento y monitoreo del SISVAN (MANGO) de forma semanal, identificando los casos de gestantes con malnutrición, con el fin de garantizar acciones oportunas que contribuyan a mejorar su estado nutricional (rutas integrales de atención en salud).

9. Hacer seguimiento mensual a la implementación de las rutas integrales de atención en salud de nutrición, de acuerdo con el momento de curso vida, mediante la revisión de una muestra de Historias Clínicas a gestantes y menores de 5 años en las Instituto prestador de salud del municipio.

10. Realizar capacitación trimestral a los profesionales de salud de las instituciones prestadoras de servicios públicos y privadas del municipio, sobre las rutas de atención integral en salud (ruta materno perinatal – ruta de promoción y mantenimiento de la salud) con énfasis en las acciones de nutrición.

11. Realizar dos asistencias técnicas a cada una de las Unidad Primaria Generadora de Datos (públicas y privadas) del municipio, una en el primer semestre y otra en el segundo semestre del año, con el fin de fortalecer la red de vigilancia nutricional municipal, incluyendo el Sistema de Salud Pública (SIVIGILA) y el sistema web de Monitoreo y Nutrición de la Gobernación de Cundinamarca (MANGO).

12. Apoyar al comité municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional trimestralmente, realizando seguimiento a la implantación del plan de acción establecido; con el fin de dar cumplimiento a las líneas de acción de la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

13. Coordinar trimestralmente sesiones técnicas del comité municipal de SAN para la articulación intersectorial e interinstitucional que garantice las acciones de política pública municipal en Seguridad Alimentaria y Nutricional y la formulación, implementación, seguimiento o evaluación de la política Seguridad Alimentaria y Nutricional.

	14. Realizar seguimiento y asistencia técnica trimestral a la ESE Municipal para verificar la implementación del Sistema SAMI y el funcionamiento de las estrategias (Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral, Banco de Leche Humana, Salas extracción, Programa Madre Canguro). 15. Realizar seguimiento y asistencia técnica trimestral a las empresas que cumplen criterios para implementar las SAFL según Resolución 2423/18. 16. Brindar acompañamiento y asistir al comité del Programa de Alimentación Escolar (PAE), de acuerdo a convocatoria. 17. Diseñar y apoyar, mensualmente, estrategias de información, educación y comunicación de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional. 18. Apoyar la articulación, con la referente de promoción y prevención del plan de intervenciones colectivas, la semana de la lactancia materna 2022. 19. Apoyar la recepción y proyección de respuestas a peticiones, quejas o reclamos que ingresan al buzón de usuario asignado en el Sistema de Gestión Documental. 20. Apoyar la convocatoria, logística y participación de las campañas y/o jornadas de "Salud con Corazón", programadas por la Secretaria de Salud. 21. Entregar semestralmente una presentación, tipo informe, de análisis cualitativo y cuantitativo con indicadores acordes al Plan de Desarrollo Municipal de las actividades realizadas, registro fotográfico y piezas comunicativas, detallando el impacto, población beneficiada, territorios intervenidos, logros y dificultades. 22. Apoyar las actividades del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) para la atención y contención de todos los brotes relacionados con los eventos de interés en salud pública, emergencias que afecten la salud de la población y respuesta a los eventos de interés internacional contenidos en el Registro Sanitario Internacional (RS). 23. Entregar mensualmente a la coordinación de salud pública, matriz de población con enfoque diferencial; matriz base de datos mensual de población extranjera y brindar atención oportuna de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias. 24. Las demás actividades asignadas por el supervisor con calidad y oportunidad de acuerdo con el objeto contractual.
Nombre del contratante	Municipio de Funza
Nit:	899.999.433-5
Nombre del contratista :	Leslie Gutiérrez Sierra
Identificación:	22.551.816
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Número del contrato:	238-2021
Fecha inicio del contrato:	29 de enero de 2021

Fecha de terminación del contrato:	30 de noviembre de 2021
Estado:	Liquidado
Objeto:	Prestación de servicios profesionales para desarrollar acciones de gestión del riesgo en la dimensión seguridad alimentaria y nutricional de la Secretaría de Salud
Obligaciones:	1. Suscribir de forma conjunta con el supervisor designado el acta de inicio del contrato. 2. Cumplir con las normas, lineamientos y protocolos emitidos por las autoridades nacionales, departamentales y municipales para prevención, contención y mitigación de la pandemia Covid-19. 3. Realizar asesoría técnica a instituciones prestadoras de servicios (IPS), entidades promotoras de salud (EPS), en relación con el Decreto 1397 de 1992, por el cual se promueve la lactancia materna y se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de leche materna y se dictan otras disposiciones; se debe verificar la adherencia al Decreto y si se presenta incumplimiento, realizar notificación de manera trimestral. 4. Llevar acabo trimestralmente capacitaciones sobre la resolución 2465 de 2016, a profesionales y auxiliares de la salud, encargados de realizar valoraciones antropométricas en el hospital de Nuestra Señora de las Mercedes y demás instituciones que notifican al Sistema de Monitoreo y Nutrición de la Gobernación de Cundinamarca (MANGO) y Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) evento 113. 5. Verificar y realizar seguimiento trimestral al cumplimiento de la resolución 2465 de 2016 y la adecuada toma de medidas antropométricas, en las instituciones prestadoras de servicios (IPS), entidades promotoras de salud (EPS), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) e instituciones donde se realice clasificación nutricional de la población. 6. Hacer seguimiento trimestral al cumplimiento a la resolución 5406 de 2015, con actores líderes comunitarios, gestores, profesionales de la salud e instituciones que brinden atención de niños, niñas menores de cinco años, presentes en el municipio, de acuerdo con los lineamientos emitidos por la Secretaría de Salud departamental. 7. Analizar y georreferenciar los casos de malnutrición junto con la información de los subsistemas: Sistema Nacional de Vigilancia en salud Pública (SIVIGILA) y Sistema de Monitoreo y Nutrición de la Gobernación de Cundinamarca (MANGO), con el fin de generar boletines de la situación alimentaria y nutricional del territorio y la correspondiente divulgación a través de la página web oficial del municipio y en diferentes espacios institucionales y comunitarios (Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Comité de Vigilancia

	Epidemiológica – COVE, Comité de vigilancia en Salud Pública con base comunitaria – COVECOM, emisora local, entre otros medios). 8. Requerir a las entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB), el seguimiento de los casos identificados con la malnutrición, presentes en el municipio. 9. Realizar intervenciones de seguimiento domiciliario o telefónico, según la priorización a los recién nacidos con bajo peso, menores de 5 años con desnutrición aguda, con el fin de garantizar acciones oportunas, que contribuyan a mejorar el estado nutricional. 10. Realizar intervenciones de seguimiento a gestantes con malnutrición, con el fin de garantizar acciones oportunas que contribuyan a mejorar su estado nutricional, implementando las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). 11. Hacer seguimiento a la implementación de de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) de nutrición, de acuerdo con el momento de curso vida, mediante la revisión de una muestra de historia clínica a gestantes y a menores de 5 años. 12. Realizar capacitación a los profesionales de salud de las instituciones prestadoras de servicios públicos y privadas del municipio, sobre las rutas de atención integral en salud (ruta materno perinatal – ruta de promoción y mantenimiento de la salud) con énfasis en las acciones de nutrición. 13. Brindar acompañamiento trimestral a l hospital Nuestra Señora de las Mercedes, en la implementación de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI), con el fin de determinar plan de mejoramiento, seguimiento a plan de mejoramiento, al mes de la autopreciación; asistir al comité institucional, apoyar las capacitaciones que se requieran y apoyar la preevaluación, si es el caso 14. Apoyar la formulación, implementación y seguimiento a la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, teniendo en cuenta la fase de desarrollo de esta, de acuerdo con los lineamientos de la Secretaría de salud de Cundinamarca, en Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional. 15. Apoyar la convocatoria y organización del Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional, de acuerdo con los criterios establecidos en la normatividad municipal vigente. 16. Llevar a cabo la vigilancia, registro, acompañamiento técnico y certificación, de conformidad con lo establecido en la Ley 1823 de 2017 "por medio de la cual se adopta la estrategia Salas Amigas de la familia Lactante del Entorno Laboral" y resolución 2423 de 2018, a entidades públicas territoriales y empresas privadas. 17. Brindar acompañamiento en la implementación de la ruta de atención integral de la primera

	infancia y al Comité Municipal de Infancia y Adolescencia. 18. Diseñar y apoyar mensualmente, estrategias de información, educación y comunicación de la dimensión SAN dirigido a fortalecer la autoridad sanitaria y calidad del dato por parte de las instituciones prestadoras de servicios, entidades promotoras de salud, ICBF e instituciones donde se realice clasificación nutricional de la población. 19. Realizar trimestralmente cartografía temática (entrega de bases de datos y configuración de la información), en articulación con lineamientos del análisis de situación de salud (ASIS) y vigilancia epidemiológica, con el fin de generar intervenciones en los barrios con mayor riesgo, actividad se realizará en articulación con la oficina de Planeación. 20. Apoyar la articulación con la referente de promoción y prevención del plan de intervenciones colectivas, la semana de la lactancia materna 2021. 21. Entregar mensualmente a la coordinación de salud pública, matriz de población con enfoque diferencial; matriz base de datos mensual de población extranjera y brindar atención oportuna de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias. 22. Las demás actividades asignadas por el supervisor con calidad y oportunidad de acuerdo con el objeto contractual.

La presente certificación se expide por solicitud del interesado, se firma en el municipio de Funza, Cundinamarca, a los seis (06) días del mes de enero de 2023.

JUAN PABLO PRIETO NIETO
Secretario Jurídico

	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CARGO	FIRMA	FECHA
Aprobó	Juan Pablo Prieto Nieto	Secretario Jurídico		06/01/2023
Proyectó	Adriana María Pabón Sánchez	Secretaria		06/01/2023

República de Colombia
Ley 73 de 1979

No MND 02134

Comisión de Ejercicio Profesional de Nutrición y Dietética

MATRICULA PROFESIONAL DE NUTRICIONISTA DIETISTA



Gutierrez Sierra
Leslie Mercedes
C.C 22.551.816
Universidad del Atlántico
Acta No.: 56 Fecha:29/01/2008

PRESIDENTE

Esta tarjeta es un documento personal e intransferible que acredita a su titular para ejercer la profesión de Nutricionista Dietista en el territorio nacional y dentro de los parámetros establecidos por la Ley 73 del 28 de diciembre de 1979

Ident-CPNT

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

ORDENANZA 42 DE JUNIO 15 DE 1.946 REGISTRO ICFES No. 1202

CONFIERE EL TITULO DE

NUTRICIONISTA DIETISTA

A

Leslie Mercedes Gutiérrez Sierra

C.C. 22.551.816 EXPEDIDA EN Barranquilla (Atlántico)

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS Y EN TESTIMONIO DE ELLO SE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA

en Barranquilla, a los 30 días, del mes de Junio de 200 6

DECANO

SECRETARIO GENERAL

RECTOR

Libro No. 001 "J"
Acta No. 085

Folio No. 002
Fecha 30 de Junio de 2006

Registro No. 052

UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO
FACULTAD DE NUTRICION Y DIETETICA

17

ACTA DE GRADUACION No. 085

En Barranquilla, a los treinta (30) días del mes junio del año 2006, se reunieron en el Teatro de Bellas Artes de la Universidad del Atlántico, en ceremonia solemne, los dignatarios de la Universidad del Atlántico, para realizar la graduación colectiva por medio de la cual se otorgó de acuerdo a la Ley y a los Estatutos de la Universidad del Atlántico, el titulo de NUTRICIONISTA DIETISTA.

Al señor (a) **LESLIE MERCEDES GUTIERREZ SIERRA**

Portador (a) de la cédula de ciudadanía No. **22.551.816** Expedida en **BARRANQUILLA / ATLANTICO**, a quien se le tomó juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de su profesión de NUTRICIONISTA DIETISTA, que aparece registrado en los libros de la Secretaría General de la Universidad del Atlántico bajo el No. **052** Folio **002** Libro **001"J"** de fecha 30 de junio de 2006, según las disposiciones vigentes.

Para Constancia de lo anteriormente expuesto, se firma la presente Acta por los Representantes de la Facultad de Nutrición y Dietética.

SONIA SAAVEDRA ARENAS
Decano(a)

ALEYDA PARRA CASTILLO
Secretario(a) Académico(a)

El Colegio Americano

de Barranquilla



Autorizado por la Secretaría de Educación del Atlántico
según Resoluciones No. 538 del 31 de Octubre de 1990
y 205 del 9 de Noviembre de 1994

Confiere a:

Leslie Mercedes Gutiérrez Sierra

Identificado con C.C. o T.I. No. 811227 - 08519 de B/quilla

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

Rector(a)

Secretario(a)

Dado en Barranquilla a 27 de Noviembre de 1.9 98

COLEGIO AMERICANO DE BARRANQUILLA
INSTITUCIÓN DE LA IGLESIA PRESBITERIANA DE COLOMBIA
Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional
Licencia de Funcionamiento No.0000833 del 28 de Marzo del 2000
Secretaría de Educación Distrital para todas las secciones.
NIT:890.111.655-1
"Señor, tú nos has sido refugio de generación en generación" Salmo 90:1

ACTA DE GRADO No.91

PROMOCION **1998**

En la ciudad de Barranquilla, a los 27 días del mes de Noviembre de 1998, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, el(la) Rector(a) y el(la) Director General, en la rectoría de este plantel, institución aprobada hasta el útimo grado de Bachillerato en el nivel de EDUCACION MEDIA, para otorgar el Título de BACHILLER, según la Resolución No. 0000833 del 28 de Marzo del 2000 expedido por la Secretaría de Educación Distrital y anterior a éste 1288/04-03-86, 560/15-11-90, 379/21-11-91, 538/31-10-90, 205/09-11-94 expedido por la Secretaría de Educación Departamental.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos(as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a UNDECIMO GRADO DEL NIVEL DE EDUCACION MEDIA, se procedió a otorgar el titulo de **BACHILLER ACADEMICO** a:

04072 GUTIERREZ SIERRA, LESLIE MERCEDES
CC#225511816 Barranquilla

En constancia, se firma la presente acta por quienes en ella intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el articulo 7o. del decreto 180 de 1981.

Barranquilla, 27 de Noviembre de 1998

DIONE NAVARRO SAAD
Rector(a)
CC#22,727,233 de Lunada

WILLIAM EVERSE SCHUTMAAT LOEW.
Director General
CC#19,203,797 de Bogotá D.C

ACTA_DE_GRADO

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Sa

Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
22551816

Primer Nombre
LESLIE

Primer Apellido
GUTIERREZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5109

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2025-04-21→8:06:53 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	22551816	LESLIE	MERCEDES	GUTIERREZ	SIERRA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LESLIE MERCEDES GUTIERREZ SIERRA identificado(a) con CC 22551816 registra La siguiente información:

2025-04-21→8:06:53 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Nutrición y dietética	2008-01-29		COMISIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNV	Local	Nutrición y dietética	2012-06-12	2443	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida p este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.c

Gobernación del Atlántico

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 08 - 02443 DE 2012

(12 de Junio de 2012)

"Por la cual se Autoriza el Ejercicio Profesional"

EL Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de Agosto de 1994, y la Resolución No 00172 de 2012 expedida por el Secretario de Salud Departamental

C O N S I D E R A N D O

Que LESLIE MERCEDES GUTIERREZ SIERRA, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 22.551.816 Expedida en Barranquilla - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio profesional como NUTRICIONISTA DIETISTA, según TITULO que le otorgó la UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO, el día 30 de Junio de 2006, según acta de Grado No. 085.

R E S U E L V E

ARTICULO ÚNICO: Autorizase a LESLIE MERCEDES GUTIERREZ SIERRA, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 22.551.816, expedida en Barranquilla - Atlántico, para ejercer la profesión de NUTRICIONISTA DIETISTA en el Territorio Nacional

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 12 de Junio de 2012

LUCIA PATRICIA SANCHEZ MAJANA
Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

Proyectó: Oscar Sierra

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Leslie Gutiérrez Sierra

CC 22551816 de Barranquilla

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resol 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

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

Fecha de emisión: 2023-04-21
Fecha de vencimiento: 2025-04-21

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativ
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Leslie Gutiérrez Sierra

CC 22551816 de Barranquilla

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocion
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

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

Fecha de emisión: 2023-04-19
Fecha de vencimiento: 2025-04-19

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativ
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Leslie Gutiérrez Sierra

CC 22551816 de Barranquilla

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

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

Fecha de emisión: 2023-04-17
Fecha de vencimiento: 2025-04-17

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativ
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Leslie Gutiérrez Sierra

CC 22551816 de Barranquilla

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 - con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-04-15
Fecha de vencimiento: 2025-04-15

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativ
Desarrollo Humano
Docente Especialista

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 267795321

PIB
13:42:39

Bogotá DC, 02 de abril del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LESLIE MERCEDES GUTIERREZ SIERRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 22551816:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que juren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA 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 miércoles 02 de abril de 2025, a las 13:45:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	22551816
Código de Verificación	22551816250402134504

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 02/04/2025 02:48:04 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **22551816 .**

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. **113652252 .** 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 Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:47:09 PM horas del 02/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **2251816**

Apellidos y Nombres: **TORRES BECERRA CARLOS ARTURO**

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.

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 08:24:58 horas del 21/04/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **22551816,** Apellidos y Nombres **GUTIERREZ SIERRA LESLIE MERCEDES**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES FUNZA**, con NIT **900750333-1** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Colombia compra eficiente | GOV.CO

TIC

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 22551816 **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 21/04/2025 08:29 AM

Código Verificación: **DWJSY5AH6E**

Válida hasta: **20/07/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:82193
Codigo de Prestador :252860264203

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 15/Ago/2024, **Hora:** 01:53:28 p.m.
Apellido: Gutierrez sierra
Tipo Doc: CC
Empresa: Particular
Cargo: Nutricionista dietista
Direccion: Carrera 22a #10-63
Telefono: 3003556128 **Celular:** 3003556128 **Email:** **Estado Civil:** Union libre
Ciudad: Cundinamarca - funza
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

Nombre: Leslie mercedes
Nro Identidad: 22551816

HC: # 33165
Edad: 42 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 27/Dic/1981
Rh: O+

Examenes Realizados

- ☐ Audiometria clinica
- ☐ Coprologico
- ☐ Optometria
- ☐ iometria
- ☐ Audiometria tamiz
- ☐ Espirometria
- ☐ Perfil lipidico
- ☐ Bateria de riesgo psicosocial
- ☐ Glicemia
- ☐ Vestibular

Otros: Examen medico ocupacional con enfasis osteomuscular

Recomendaciones Especificas

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
	* Adecuada dieta, actividad física regular, bajar de peso, disminuir ingesta de grasas saturadas

Medicas	Laborales
	* 2- uso de elementos de protección personal según factores de riesgo. * 1- capacitación en su cargo según factores de riesgo

Resumen Resultados

Examen	Resultado

Concepto

Sin restricción para el cargo

Observaciones

DR. LUIS G. PADILLA TERAN
Esp. en Gerencia de Riesgos Laborales y seguridad en el trabajo

Luis gabriel padilla teran

Luis gabriel padilla teran
Medicina ocupacional
Lic. de S.O #: 64832017

Leslie mercedes gutierrez sierra
CC 22551816

Huella Digital

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010911100

Fecha de generación del carné: martes, 21 de febrero de 2017 08:28 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de Identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	22551816
Nombres y Apellidos	LESLIE MERCEDES GUTIERREZ SIERRA		
Fecha de nacimiento:	27/12/1981		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis	30/07/2009			CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	20/08/2013	Engerix B Adultos	UFX12004	FUNDACION CARDIO INFANTIL
	Segunda dosis	21/09/2013	Engerix B Adultos	AHBVC306AJ	FUNDACION CARDIO INFANTIL
	Tercera dosis	30/10/2013	Engerix B Adultos	UFX13003	FUNDACION CARDIO INFANTIL
Influenza	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	R 7-03-24	Moderna	019M122A	EDE NOTIF	Adriana Martinez C.C. 52.961.561 AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
	2						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
ón - Rubéola	Única	7-03-24	Serum 0122W108	Adriana Martinez C.C. 52.961.561 AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Amarilla	Única			
Tetánico - rico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
acelular	1			
	2			
atitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Powered by CamScanner

...co	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
19	1	12 JUN 2021	Astrazeneca	ABX 5352	Hospital Mosquera	Sandra Lora	49668990
	2	08-09-21	Astrazeneca	NK0155	Colsubsidio	Yery Palacio C.C1073528882 AUX DE ENFERMERIA	

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010911100

Fecha de generación del carné: martes, 21 de febrero de 2017 08:28 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	22551816
Nombres y Apellidos	LESLIE MERCEDES GUTIERREZ SIERRA		
Fecha de nacimiento:	27/12/1981		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis	30/07/2009			CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	20/08/2013	Engerix B Adultos	UFX12004	FUNDACION CARDIO INFANTIL
	Segunda dosis	21/09/2013	Engerix B Adultos	AHBVC306AJ	FUNDACION CARDIO INFANTIL
	Tercera dosis	30/10/2013	Engerix B Adultos	UFX13003	FUNDACION CARDIO INFANTIL
Influenza	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010911100

Fecha de generación del carné: martes, 21 de febrero de 2017 08:28 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de Identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	22551816
Nombres y Apellidos	LESLIE MERCEDES GUTIERREZ SIERRA		
Fecha de nacimiento:	27/12/1981		

Td	Primera dosis	17/06/2008	Tetavax		
	Segunda dosis	18/11/2008	Tetavax		UBA COOMEVA LOURDES
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

idime

24-1646049

Página N° : 1 of 1
Fecha ingreso : 21/02/2022 06:43:59 PM
Fecha de muestra: 21/02/2022
Fecha impresion : 22/02/2022 03:22:40 AM

No. de Orden: 1646049
Paciente : GUTIERREZ SIERRA LESLIE MERCEDES
Documento Id: 22551816
Empresa : NUBIA CRISTINA TENJO FORERO
Sede : BOG REFERENCIA
E-Mail : @

No. Interno : 1646049
Edad : 40 a 1 m 24 d
Fecha Nacimiento: 27/12/1981
Sexo : FEMENINO
Teléfono : 6718932
No. Autoriza : 0

HBSAC**

QUILEI2

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia
HORMONAS			
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS			
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	234	UI/L	0 - 0

VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10 IU/L
Reactivo: Mayor o igual a 10 IU/L

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: Electroquimioluminiscencia

Validó: Reg 1002024983 WILMAR PIMIENTA MONTERROSA 22/02/2022 01:13 AM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

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 Leslie Mercedes Gutierrez Sierra, identificado(a) con CC número 22551816, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 22551816
NOMBRES Y APELLIDOS	Leslie Mercedes Gutierrez Sierra
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	27/12/1981
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	64 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/10/2019
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 22551816 LESLIE MERCEDES GUTIERREZ SIERRA Desde 01/07/2022 - Vigente

Generado por interfaces

07/01/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:			AREA O PROCESO QUE LO GENERA
FORMATO	CERTIFICADO DE IDONEIDAD			GESTION DEL TALENTO HUMANO
CODIGO	VERSION	FECHA DE ELABORACION	PAGINA	
A – TH – F - 015	2	12/0/2025	1 DE 1	



LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

NIT. 900.750.333 – 1

CERTIFICA

Que una vez verificada la Hoja de Vida de la contratista **LESLIE MERCEDES GUTIERREZ SIERRA** identificado (a) con cedula de ciudadanía **No 22.551.816** se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra idoneidad y experiencia relacionada.
Para constancia de los anterior se firma a los veintiún (21) días del mes de abril del año dos mil veinticinco (2025)

LAURA LILIANA HERRERA MENDIVELSO
Líder Talento Humano

Elaboró y Proyectó: Laura L. Herrera M. / Líder Talento Humano
Revisó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo Y Financiero
Aprobó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo Y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos aprobamos, declaramos que le presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de Gerencia de la E.S.E

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera copia.