compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

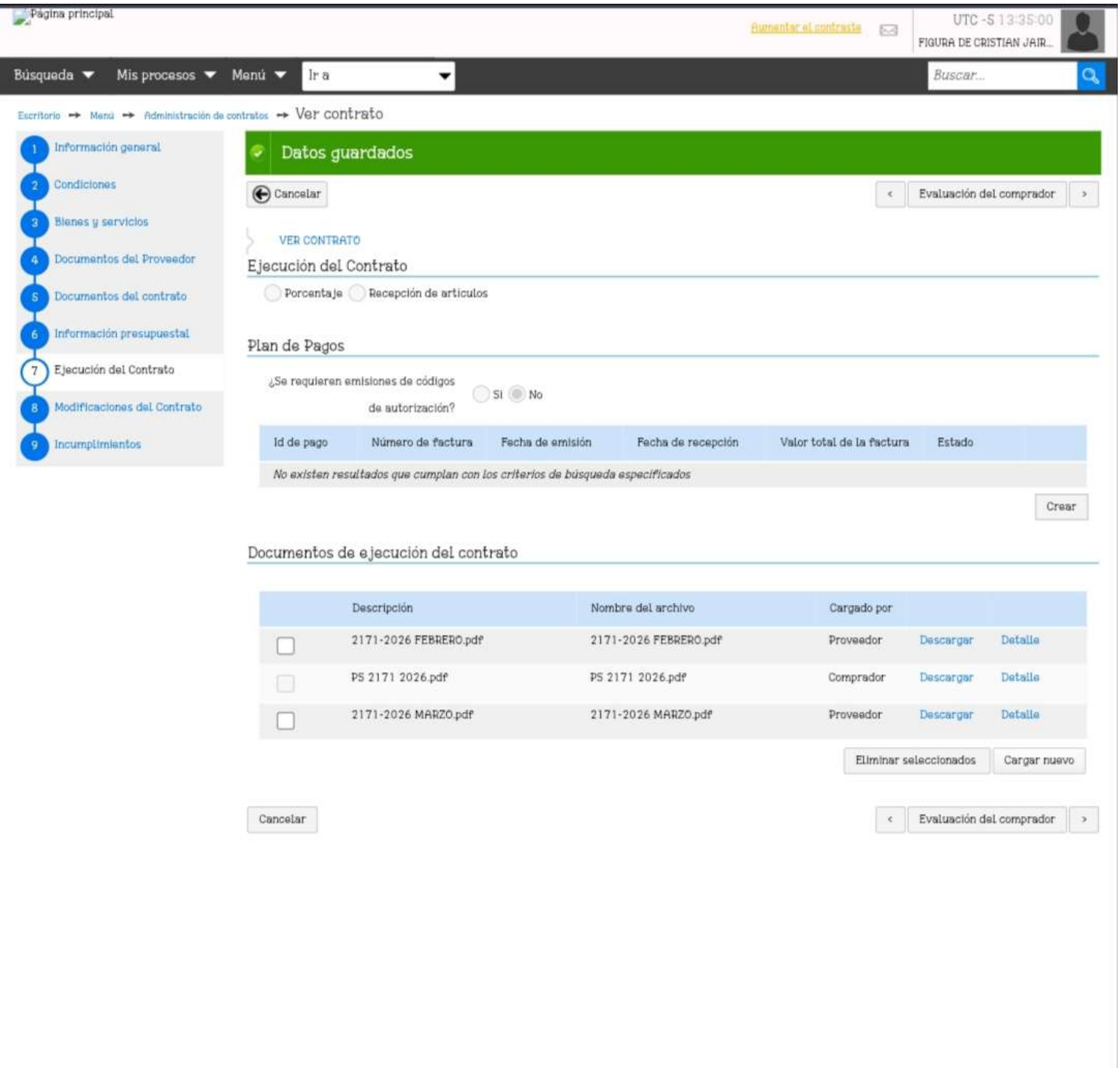
Se certifica que **CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ**, identificada con **CC** número **1023911009**, aportó por **CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ**, identificado(a) con **CC** número **1023911009** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **67696844** para el periodo de salud **2026-03** y pensiones **2026-03** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	3	0															0		30	$1.750.905	0,12500		$218.900	Marzo - 2026	67696844	13/04/2026	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	3	0															0		30	$1.750.905	0,16000		$280.200	Marzo - 2026	67696844	13/04/2026	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 13 días del mes Abril de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.


Página principal
Aumentar el contraste
UTC -5 13:35:00
FIGURA DE CRISTIAN JAIR...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➞ Menú ➞ Administración de contratos ➞ Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
< Evaluación del comprador >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Sí
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
2171-2026 FEBRERO.pdf
2171-2026 FEBRERO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 2171 2026.pdf
PS 2171 2026.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
2171-2026 MARZO.pdf
2171-2026 MARZO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Eliminar seleccionados
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación del comprador >

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS "FORMATES"

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Autorización Oficial según Resoluciones Nos. 820 del 14 de Marzo de 2003 y la No. 2271 del 22 de Junio de 2006 de la Secretaría de Educación de Bogotá, Acuerdos Ejecutivos Nos. 43 de Marzo 30 de 2001 y 062 de Octubre 27 de 2005 expedidos por el Ministerio de Salud

Confiere a:

Cristian Jair Figueredo González

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1023911009 DE Bogotá

el

Certificado de Aptitud Ocupacional de

TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente el Programa en:

ENFERMERÍA

Intensidad 1800 Horas

LIC. SARA ADRIANA PINILLA FORERO
DIRECTORA ACADÉMICA

GLORIA RINCÓN TUTA
SECRETARIA GENERAL

DADO EN BOGOTÁ, D.C., A LOS 8 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2016

ANOTADO EN EL FOLIO 70 DEL LIBRO 4 DEL REGISTRO DE FORMATES

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
FIGUEREDO	GONZALEZ	CRISTIAN JAIR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1023911009

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1023911009 D.M 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES AGO AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CL 37 BIS D SUR 2 B 43

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3205369835

EMAIL cfigueredo18@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO Bachiller en Media Tecnica
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2009
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
manejo del duelo v2	subred integrada de servios de salud	2025	3
ATENCION VIOLENCIA SEXUAL	SMARTSUR	2025	60
AGENTES QUIMICOS	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2023	40
Curso Soporte Vital Avanzado	Fundación nuestra señora de la Esperanza	2023	120
MANEJO DEL DUELO	subred integrada de servicios de salud Sur	2023	3

Firma electronica validador: null

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
atencion integral a victimas de violencia sexual	fundacion nuestra señora de la esperanza	2023	80
CURSO SOPORTE VITAL BASICO	fundacion nuestra señora de la esperanza	2023	48
ATENCION DIFERENCIAL EN SALUD A	SECRETARIA DISTRITAL	2021	24
ATENCION A PACIENTE VICTIMA POR	ANGELES DE LA SALUD	2021	40
Curso de Actualizacion en Oncologia	Fundesco	2010	40
Técnico auxiliar de enfermería	Fundesco	2010	180
Curso Cuidado Critico del Adulto	Fundesco	2010	30
Curso Sistema Comando de Incidentes nivel basico	Cruz Roja	2009	12

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

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

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	SUROCCIDENTE@GMAIL.COM.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3753569	DIA 9 MES 4 AÑO 2021	DIA 30 MES 11 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AMED	Calle 9 # 39-46

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.subredsur.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7300000	DIA 10 MES 12 AÑO 2014	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AMBULANCIA	CARRERA 20 #47B -35 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Vid Medica Ltda		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	vidmedicaltda@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4301583	DIA 20 MES 3 AÑO 2013	DIA 10 MES 10 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
auxiliar en enfermeria	ambulancia	diagonal 85 No. 85a 09

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Transporte Ambulatorio Medico		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	transporteambulatoriomedico@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2587500	DIA 1 MES 4 AÑO 2011	DIA 31 MES 3 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar en Enfermeria	Ambulancia	calle 140 No. 19 40

Firma electronica validador: null

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	2	6
Pública	11	4
Total	13	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

CHISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ

1023911009

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

POLÍTICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

con una intensidad de **2** horas

Para constancia se expide:

20 de abril de 2026

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

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

ADMINISTRACION DEL RIESGO

con una intensidad horaria de 08 horas.

Para constancia se expide:

20 de abril de 2026

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

SMAR SUR

BOGOTÁ

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS "FORMATES"

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Autorización Oficial según Resoluciones Nos. 820 del 14 de Marzo de 2003 y la No. 2271 del 22 de Junio de 2006 de la Secretaría de Educación de Bogotá, Acuerdos Ejecutivos Nos. 43 de Marzo 30 de 2001 y 062 de Octubre 27 de 2005 expedidos por el Ministerio de Salud

Confiere a:

Cristian Jair Figueredo González

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1023911009 DE Bogotá

el

Certificado de Aptitud Ocupacional de

TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente el Programa en:

ENFERMERÍA

Intensidad 1800 Horas

LIC. SARA ADRIANA PINILLA FORERO
DIRECTORA ACADÉMICA

GLORIA RINCÓN TUTA
SECRETARIA GENERAL

DADO EN BOGOTÁ, D.C., A LOS 8 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2016

ANOTADO EN EL FOLIO 70 DEL LIBRO 4 DEL REGISTRO DE FORMATES