Bogotá D.C., 11/01/2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad,

ASUNTO: **OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como auxiliar de enfermería registre su perfil), bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, como persona natural, para satisfacer la necesidad requerida por la Subred Sur E.S.E.

Informo que me encuentro registrado en las siguientes plataformas: TALENTO NO PALANCA[1], SIDEAP[2], SECOP II[3] y ReTHUS[4] en el evento de ser requerido para personas que presten servicios de salud.

Atentamente,

FIRMA Alberis Diaz Diaz
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS Alberis Diaz Diaz
NÙMERO DE CÈDULA : 52841431 Bta
DIRECCIÓN Carrera 17F.# 77a - 11 Sur.
TELEFONO 3203028516
CORREO ELECTRÓNICO albenisdiaz@hotmail.com

---

1 Circular 051 de 2020, en cumplimiento de la Ley 201 de 2019 y conforme los compromisos de transparencia y lucha contra la corrupción planteados por la Administración Distrital.

2 https://sideap.serviciocivil.gov.co

3 Plataforma transaccional en la cual las Entidades Estatales pueden hacer todo el Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden conocen la demanda de las Entidades Estatales, obtienen información de los Procesos de Contratación, presentan ofertas y gestionan sus contratos; los organismos de control hacen la auditoría del Sistema de Compra; y la sociedad civil conoce la forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los contribuyentes para entregar bienes, obras y servicios a las personas.

4 Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

Bogotá D.C., 11 /01/ de 2021

Señores

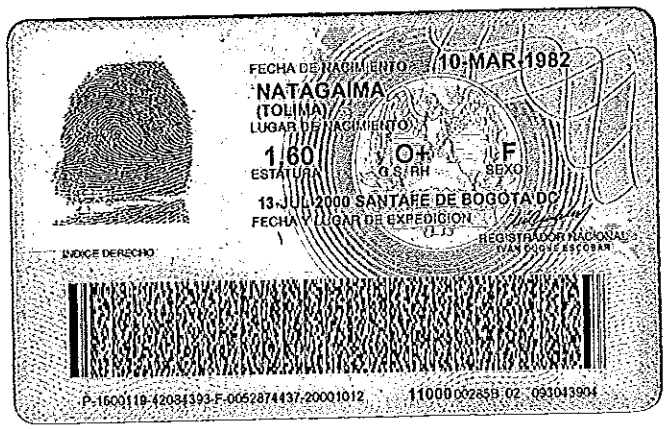
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

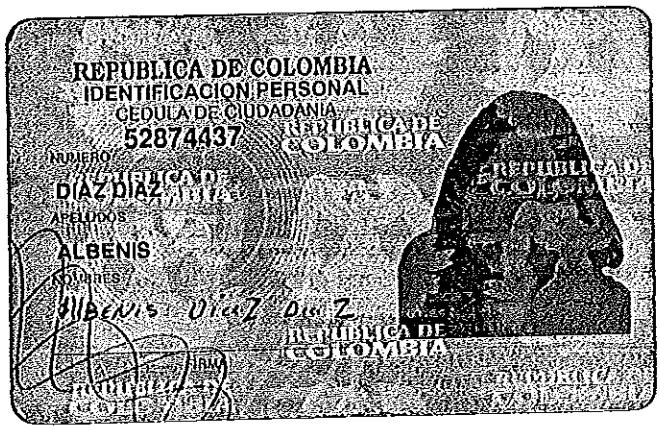
Asunto: Propuesta para la prestación de servicios como;auxiliar de enfermeria en uci neonatal, uci adulto, adaptacion neonatal

Por medio de la presente me dirijo a ustedes con el fin de prestar mis servicios como auxiliar de enfermeria , bajo modalidad de contrato por prestación de servicios. Con disponibilidad de tiempo de 186 horas, para cumplir con las obligaciones requeridas.

Cordialmente,

ALBENIS DIAZ DIAZ
CC: 52874437
Teléfono: 3203028516
Correo: albenisdias@hotmail,com
Dirección: carrera 17f#77a-11sur


FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1982
NATAGAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
13-JUL-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1500119-42084393-F-0052874437-20001012
1100000285B 02 093043904


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52874437
NUMERO
DIAZ DIAZ
APELLIDOS
ALBENIS
NOMBRES
REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
DIAZ	DIAZ	ALBENIS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52874437

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES MAR AÑO 1982

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Natagaima

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 17f numero 77a - 11 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3203028516

EMAIL albenisdias@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 BASICA											*TITULO* bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES JULIO AÑO 2007
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-ene-2021

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: FUNDACION COSME Y DAMIAN	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7968200	*FECHA DE INGRESO*: DIA 7 MES 9 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 7 MES 10 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA EXTRACCION	*DEPENDENCIA*: SALA DE EXTRACCION DE ORGANOS	*DIRECCIÓN*: CALLE 87 NUMERO 49C - 45	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3282300 EXT 2711	*FECHA DE INGRESO*: DIA 26 MES 2 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: UCI NEONATAL	*DIRECCIÓN*: CARREA 8 NUMERO 17 - 45	

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	6	10
Pública	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-ene-2021

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*
Total	6	10

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 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento 11-01-2021

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 11-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ALBENIS DIAZ DIAZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52874437 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección carrera 17f numero 77a - 11 sur **Teléfonos** 3203028516 3203028516

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN SEBASTIAN RIVERA DIAZ	10003327276	Hijo(a)
DANNA SOFIA RIVERA DIAZ	1141522608	Hijo(a)

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

PARA TOMAR POSESION ⊗ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 12.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 12.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco ITAU Corpbanca	Cuenta de ahorros	765044053	SAN RAFAEL	$ 0,00
Banco ITAU Corpbanca	Cuenta de ahorros	765044053	sucursal 20 de julio	$ 128,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO CAJA SOCIAL	CREDITO	$ 46.000.000,00

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 11-ene-2021

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JOHN FREDY RIVERA MANRIQUE	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	10182126

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Albeus Diaz Rivera

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 11-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

Bogotá D.C. ,22 de Agosto de 2018

Señores

A quien Interese

Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente ALBENIS DIAZ DIAZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 52874437, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde el 10 de Enero de 2013 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro. Producto	Estado Del Producto
Cuenta De Ahorro Nómina	765044053	Activo

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 14 para transferencias ACH

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 22 días del mes Agosto de 2018.

Cordialmente

Contact Center

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE EL

COLEGIO RODRIGO LARA BONILLA

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL

JORNADA NOCTURNA

AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA, D.C.,
SEGUN RESOLUCION NO. 2852 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2002

CONFIERE A:

Albenis Diaz Diaz

C.C. No. 52874437 de Santafé de Bogotá, D.C.

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

JORGE BENEDICTO LAGOS CÁRDENAS

SECRETARIA

MÓNICA CECILIA GONZÁLEZ BEDOYA

COLEGIO DISTRITAL RODRIGO LARA BONILLA

REGISTRO INTERNO

ACTA NO. 22 FOLIO NO. 42

NO REQUIERE SER REGISTRADO EN LA SECRETARIA DE EDUCACION
SEGUN DECRETO NO. 921 DEL 6 DE MAYO DE 1994.

DADO EN BOGOTÁ, D.C., A 01 DE Diciembre DE 2007

Acta de Grado

COLEGIO "RODRIGO LARA BONILLA"

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

Cra. 43 A No. 66 - 51 Sur - Teléfono: 716 80 31

Jornada Nocturna

Inscripción S.E.: 6038
Dane: 111001136785

En la ciudad de Bogotá, D.C., al primer (1°) día del mes de Diciembre de 2007 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO "RODRIGO LARA BONILLA" Institución Educativa Distrital, Institución aprobada en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 2852 del 16 de Septiembre de 2002.

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

Albenis Díaz Díaz

C.C. No. 52874437 de Santafé de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 22 de fecha Diciembre 1 de 2007 en lo pertinente.

Firmada y sellada por Jorge Benedicto Lagos Cárdenas (Rector) y Mónica Cecilia González Bedoya. (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., al (1°) día del mes de Diciembre de 2007

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981
No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto N° 921 del 6 de Mayo de 1994

Rector
C.C. No. 19.194.633 de Bogotá

Secretaria
C.C. No. 51.821.849 de Bogotá

INGABO

República de Colombia

SENA

Resolución 0011 Feb. 3 de 2005
Resolución 255 Ene. 20 de 2010

EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por Resolución 12 - 0158 de Diciembre 29 de 2009 emanada de la Dirección Local de Educación Barrios Unidos y Acuerdos 056 de Diciembre 5 de 2008, 120 de Diciembre 23 de 2008 y 158 de Mayo 21 de 2009 emanados del Ministerio de Protección Social

Confiere

El Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como

Técnico Laboral

A: *ALBENIS DIAZ DIAZ*

C.C. 52.874.437 de BOGOTA

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Duración del Programa: ..1.860.. Horas

Director

Secretaria Académica

Dado en Bogotá, D.C. a los..30....días del mes de .....JUNIO..... de ...2.010.....

Registro folio No.....22/26. del Libro de Certificados No. .....1.....

V.1-06-10 038

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Aprobado por Resolución 12 -0158 de Diciembre 29 de 2009 emanada de la Dirección Local de Educación Barrios Unidos y Acuerdos 056 de Diciembre 5 de 2008, 120 de Diciembre 23 de 2008 y 158 de Mayo 21 de 2009 emanados del Ministerio de Protección Social

Acta Individual de Certificación de Técnico Laboral

Registro 26 Folio 22 Libro 1

En la Ciudad de Bogotá a los 21 días del mes de Junio del año 2.010se reunieron los suscritos Director(a) y Secretario(a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de TECNICO LABORAL, con una duración de 1860 (horas) quien curso y culmino satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

ALBENIS DIAZ DIAZ
C.C. N° **52.874.437** de BOGOTA

Es fiel copia del Acta Original General N°. 14 de fecha 30 de Junio de 2.010, que consta de 74 alumnos que comienzan con el nombre de AGUILLON PUENTES NINFA MAGNOLIA y se cierra con el nombre de ZARATE CASTRO SORANY ESCOLASTICA firmado por:

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

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

Dada en Bogotá a los **30** días del mes de **Junio** del año **2.010**

PREDESALUD®

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

¡Su Progreso es Nuestro Compromiso!

Debidamente autorizado por la Secretaria de Educación del Distrito Capital según Resolución No. 04-133 del 20 de febrero de 2018

Certifica que:

ALBENIS DIAZ DIAZ

Identificado(a) con CC No. **52.874.437**
de Bogotá Realizo el curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO

Con una intensidad de 40 horas

Dado en Bogotá D.C., a los 11 días del mes de Diciembre de 2020

SANDRA MENDOZA
Vicerrectora Nacional

EDUARDO GARZON B
Asistente Académico

PREDESALUD®

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

¡Su Progreso es Nuestro Compromiso!

Debidamente autorizado por la Secretaria de Educación del Distrito Capital según Resolución No. 04-133 del 20 de febrero de 2018

Certifica que:

ALBENIS DIAZ DIAZ

Identificado(a) con CC No. **52.874.437**
de Bogotá Realizo el curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

con una intensidad de 20 horas

Dado en Bogotá D.C., a los 18 días del mes de Diciembre de 2020

SANDRA MENDOZA
Vicerrectora Nacional

EDUARDO GARZON B
Asistente Académico

La Escuela para Auxilares de Enfermería San Rafael
miembro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

CERTIFICAN QUE

DIAZ DIAZ ALBENIS

C.C. N. 52.874.437

FINALIZÓ CON ÉXITO 40 HORAS DEL CURSO

FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DEL CUIDADO INTENSIVO NEONATAL SEGÚN LINEAMIENTOS Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

Patricia Gómez M.
Directora

EAESR278437

ORDEN HOSPITALARIA DE
San Juan de Dios
PROVINCIA COLOMBIANA

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Escuela para Auxiliares
de Enfermería San Rafael
BOGOTÁ COLOMBIA

Bogotá D.C., 30 mayo de 2018

Hospital Universitario
Clínica San Rafael
En alianza con

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

HACE CONSTAR

Que el(a) Señor (a) **ALBENIS DIAZ DIAZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía numero **52.874.437** expedida en **BOGOTA D.C.** , está vinculado(a) a la institución desempeñando el cargo de **AUXILIAR ENFERMERIA** desde la fecha **26 de febrero de 2014** , con contrato termino **Fijo** y un devengo mensual de **Un millón ciento cuatro mil doscientos pesos mcte ($ 1.104.200,00)**

Se expide el presente en Bogotá D.C., a los 11 días del mes de enero de 2021.

SERGIO IVAN MEJIA LEMA
Director de Talento Humano
Hospital Universitario Clínica San Rafael



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

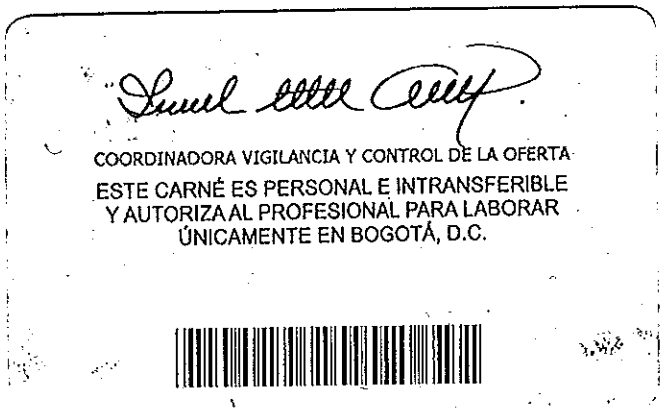
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ALBENIS
DIAZ DIAZ

C.C. 52874437

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 03/09/2010



COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ, D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 3454 de 24/08/2010
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) DIAZ DIAZ ALBENIS Identificado(a) con CC número 52874437 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO INGABO el día 30/06/2010 y registrado en el libro 1 Folio 22 año 2010

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a DIAZ DIAZ ALBENIS identificado(a) con CC número 52874437 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los **24/08/2010**

ORIGINAL FIRMADO POR
Dr. Herman Redondo Gómez
Director de Desarrollo
de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GÓMEZ.
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Na

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

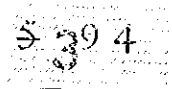
Número de Identificación *

52874437

Primer Nombre *

albenis

Confirme los números de la imagen *



Cambiar

3126

Verificar Registro en ReTHUS

Resultado General -2020-10-15-

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido
CC	52874437	ALBENIS		DIAZ

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases que el (la) señor(a) ALBENIS DIAZ DIAZ identificado(a) con CC 5

2020-10-15-1:22:01 A

Información Académic

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2010-08-24	8454	DTS

Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación d de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territ según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL	DI-GRI-FT-07 V1

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	11-01-2021	CIUDAD:	Bogata. D. C	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distigüido Cfente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIAZ	DIAZ	ALBENIS	

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52874437	Bogota	2000/07/19
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	NA		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
10-03-1982	Natagaima. Tolima	Colombia.	Colombiana

ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	CASADO(A) ☒ VIUDO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	2	2	3203029516

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA						PROFESIÓN / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	CUAL: NA	Auxiliar de Enfermeria
	TÉCNICO ☒	TECNÓLOGO ☐	OTRO ☐			

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA
Carrera 17F #77a-11 sur	Bogota.	Cundinamarca	Colombia	2888219

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PÁGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
albenisdias@hotmail.co	NA	PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
NA	NA	NA	NA	NA

2. DATOS DEL CÓNYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NA	NA	NA	NA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	NA	NA	NA	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL: NA		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐	NO ☐	NACIONALIDAD:	NA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

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

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
	SI ☐ NO ☐	IVA	SI ☐ NO ☐		NA	NA
		ICA	SI ☐ NO ☐		PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	NA.

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐	# NIT	NA

EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: NA

DIRECIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
NA	NA	NA	NA	NA
CARGO ACTUAL	NA.	FECHA VINCULACIÓN	NA	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
NA	NA	NA	NA	NA	NA

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	NA	GASTOS FAMILIARES	700.000	AHORROS	NA	SALDO HIPOTECA	48000.000
HONORARIOS	1.618200	ARRIENDOS	NA	INVERSIONES	NA	TARJETAS DE CRÉDITO	5,000.000
ARRIENDOS	NA	CUOTA VEHÍCULO	NA	VEHÍCULOS	NA	DEUDA VEHÍCULOS	NA
COMISIONES	NA	CUOTA VIVIENDA	NA	PROPIEDADES	NA	DEUDAS TERCEROS	NA
OTROS INGRESOS*	NA	OTROS EGRESOS*	NA	OTROS ACTIVOS*	NA	OTROS PASIVOS*	NA
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS
NA	NA	NA	NA

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Moreno	Prieto	Yuli Carolina	
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS**	**TIPO RELACIÓN**	**TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR**
NA	NA	NA	314 2289392

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Itau	Cuenta de Ahorros	765044053	San Rafael	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
NA	NA	NA	NA	NA	NA

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐

OTRA ☐

CUAL: NA

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Auxiliar de enfermeria.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la E.S.E. Subred Integrada de Servicios de Sur E.S.E, con Nit 900958564-9, ubicada en la Carrera 20 # 47B -35 sur , teléfono 7300000 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Carrera 20 #47B - 35 Sur Bogotá DC, telefono 7300000)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Albeiro Diaz Diaz.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR LA ENTIDAD

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4097150

BogotÃ¡ D.C., 5 de Enero de 2021 - 13:14 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ALBENIS S/R DIAZ DIAZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE** de BOGOTA D.C.

52874437

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_ASFGU_1413
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 157409932

WEB
12:30:01

Bogotá DC, 05 de enero del 2021

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) ALBENIS DIAZ DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52874437:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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 martes 05 de enero de 2021, a las 12:33:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52874437
Código de Verificación	528744372101051233 29

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.

FERNANDO ALFONSO CRUZ MONTOYA
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:31:54 horas del 05/01/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52874437**
Apellidos y Nombres: **DIAZ DIAZ ALBENIS**

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: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo, Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 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:
lineadirecta@policia.gov.co

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14730134576

(415)7707212489984(8020) 000001473013457 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 7 4 4 3 7	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52874437	2 0 0 0 0 7 1 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 17 F 77 A 11 SUR BRR BOGOTA SEC BUENA VISTA

42. Correo electrónico: albenisdias@hotmail.com

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

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 8 0 9 1 0						5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
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 61. Fecha 2021 - 01 - 09 / 10 : 44: 59

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 DIAZ DIAZ ALBENIS
985. Cargo CONTRIBUYENTE

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

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

Fecha: 09/01/2021

CONTRIBUYENTE	C.C. 52874437	ALBENIS DIAZ DIAZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 17F 77A 11S Teléfonos: 3203028516

Dirección electrónica: albenisdias@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: NO Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8692 Actividades de apoyo terapéutico.

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

SGS CO10/0125

SANTA ELENA IPS

SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD LTDA
Nit 900570144-3
Dirección: CRA 33 SUR No 10 - 19
Tel 4087000-4072406-3183892995-3115117021
INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



Fecha 28/08/2020 09:16:00 Empresa PARTICULAR

Nombre ALBENIS DIAZ DIAZ

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA Doc. Identidad CC 52874437

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL 2 VISIOMETRIA 3
4 5 6
7 8

Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( ) ( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )	Requiere restricciones de actividades	( ) ( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )	Requiere reubicación laboral temporal	( ) ( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )	Requiere reubicación laboral permanente	( ) ( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )	Apto para trabajar en alturas	( ) ( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )	Apto para trabajar en espacios confinados	( ) ( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )	Apto para trabajar en alturas	( ) ( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )	Sospecha de enfermedad Profesional	( ) ( )
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	( ) ( )
					Enfermedad Común	( ) ( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual (X) Auditiva ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI ( ) NO (X) ARL SI ( ) NO (X) EPS SI ( ) NO (X)

AL EXAMEN FISICO APTO PARA EL CARGO
USO DE EPP SEGUN LABOR, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES, HIGIENE POSTURAL ADECUADA
CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES, TRABAJO SEGURO Y RIESGOS DE CAIDA EN LA EMPRESA, INGRESAR A LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PROPIOS DE LA EMPRESA ACORDES CON LOS RIESGOS EXISTENTES EN LOS LUGARES DE TRABAJO DE ACUERDO A LA RESOLUCION 1409 DEL 23 DE JULIO DE 2012 Y RECOMENDACIONES GENERALES APTITUD

Los resultados fueron consignados en la historia clínica ocupacional que reposara en nuestra IPS.

CLARA INES RESTREPO DIEZ
Especialista MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Trabajador ALBENIS DIAZ DIAZ
CC 52874437



	DOSIS REFUERZO		LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. Dosis	0	5	NOV. 2008	
	2a. Dosis	1	5	JUN. 2009	
	3a. Dosis	6	5	JUL. 2009	
	Refuerzo	0	8	ENE. 2013	
HEPATITIS A	1a. Dosis				
	2a. Dosis				
TRIPLE VIRAL	1a. Dosis	R33b-U	2	AGO.	2008
	2a. Dosis				
VARICELA	1a. Dosis				
SEROBOOSTER	1a. Dosis				
	1a. Dosis	11 AGO. 2008			
	2a. Dosis	17 SET. 2008			
T. TETANICO DIFTERICO	3a. Dosis	31 marzo 09			
	Refuerzo	03 MAY 2010			
INFLUENZA*	1a. Dosis	03 JUL. 2011			
OTROS					

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ALBENIS DIAZ DIAZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **52874437** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52874437
NOMBRES Y APELLIDOS	ALBENIS DIAZ DIAZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	29/05/2007
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	759
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47
EMPLEADOR(ES)	CC 52874437 ALBENIS DIAZ DESDE 01/09/2020

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **05/01/2021**

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DIAZ DIAZ ALBENIS** identificado(a) con **CC** número **52.874.437** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 09 de enero de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

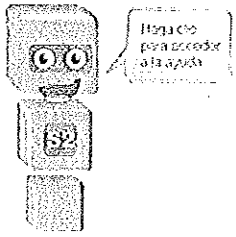
OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ULTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0	0	1	0
Convocatorias	En estudio	Actualizaciones pendientes	Invitaciones directas



Sugerencias SECOP

Convocamos a todos los proveedores que estén en capacidad de suministrar los bienes y servicios porar atender la emergencia del COVID-19.
Inscríbete en la TVEC y encuentra oportunidades negociales con las entidades estatales.
Conoce el formulario para ser parte del grupo de proveedores.

SECOP II habilita la funcionalidad de validación de factura electrónica a partir de Diciembre 2020,
si usted proveedor persona natural o jurídica está obligado a facturar electrónicamente,
por favor verifique que su tipo y número de identificación (NIT/Cédula)
registrado en la plataforma SECOP II estén correctos.
Los usuarios donde el tipo de identificación sea NIT registrarlo sin incluir el digito de verificación.
Para esto ingrese a la opción configuración Entidad Estatal/Proveedor y actualice la información.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información.

Oportun Recibida

Sin oportunidades
Más información.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN TÍTULOS	GH-ILA-FT-01 V1

Bogotá D.C. 11/01/2021

Señores

INSTITUTO DE EDUCACIÓN Ingabo.

Por medio de la presente, yo Albenis DIAZ DIAZ, identificado con número de documento 52874431, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente, Albenis Diaz Diaz

Nombre: Albenis DIAZ DIAZ

No. Documento: 52874431 Bta

Teléfono: 320 302 85 16

ENCUESTA GENERAL

Formularios de Google

Gracias por rellenar ENCUESTA GENERAL

Esto es lo que nos has enviado:

Editar respuesta

ENCUESTA GENERAL

Dirección de correo electrónico *

albenisdias@hotmail.com

No DE DOCUMENTO *

52874437

TIPO DE DOCUMENTO *

- [x] CC
- [ ] CE
- [ ] PEP

FECHA DE EXPEDICIÓN DE DOCUMENTO DEL PEP

DD MM AAAA

13 / 07 / 2000

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

10 / 03 / 1982

EDAD *

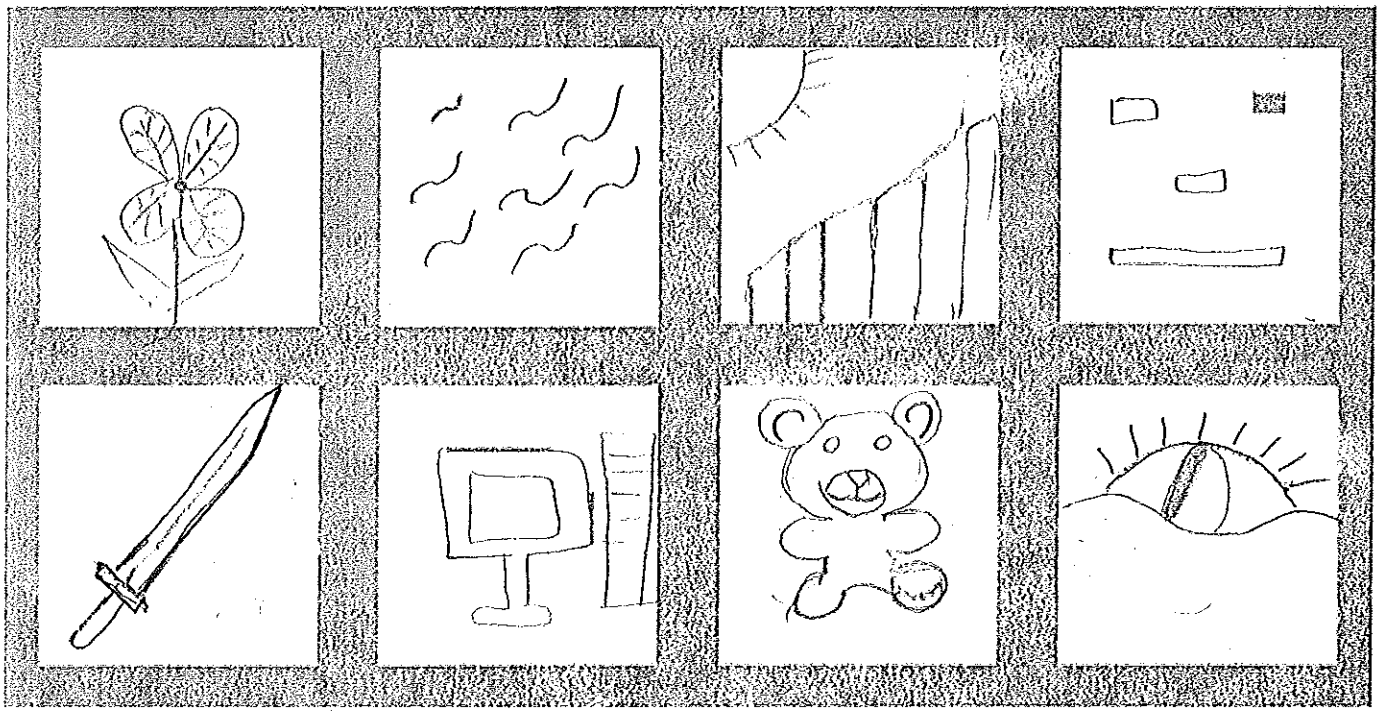
DECLARACIÓN JURAMENTADA CONTRATISTA
CO-OPS-FT-32 V1

FIRMA Albenis Diaz Ruiz
C.C. No. 52874413 Bta.
TELEFONO 3203028516
DIRECCIÓN carrera 77FH 77a-11 SUR
CORREO albenisdius6@hotmail.com

TEST WARTEGG

Nombre: Albenis DIAZ DIAZ Edad: 38 Sexo: F Fecha: 7/01/21

Grado De Escolaridad: tecnico Profesión: Auxiliardeon Lugar De Nacimiento: Natagaima tolima



TITULOS DIBUJOS:

1. Flor.
2. Nubes
3. Escalera S
4. Carita.
5. Espada
6. Computadora
7. OSO Panda.
8. OJO

DIBUJO QUE MAS LE GUSTO Flor.

DIBUJO QUE MENOS LE GUSTO la Espada

DIBUJO QUE LA PARECIO MAS FACIL Carita

DIBUJO QUE LE PARECIO MAS DIFICIL el OSO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CASOS POR COMPETENCIAS – NIVEL TÉCNICO	CO-OPS-FT-20 V1

NOMBRE: ALBENIS DIAZ DIAZ CEDULA: 52874437
CELULAR: 3203028516 PERFIL: Auxiliar de enfermeria FECHA: 11/01/21

Valoración por selección múltiple.

ADAPTACIÓN AL CAMBIO:

1. Martha es una auxiliar de enfermería que lleva trabajando en el área de urgencias por más de siete años. Pero hace dos días le informan que por motivos de restructuración organizacional, será trasladada a la unidad de hospitalización, lo cual la toma por sorpresa y siente que su zona de confort será movilizada.

   Cual sería de la decisión más adecuada que debe tomar Martha?

a. Renunciar a sus actividades, pues no tiene experiencia en hospitalización
b. Aceptar el cambio y fortalecer sus competencias para el óptimo desempeño del cargo
c. Aceptar el cambio, aplicando las habilidades de urgencias
d. Pensar si es idóneo el cambio para el adecuado desempeño

TRABAJO EN EQUIPO:

2. En una entidad del estado, en el área administrativa el volumen de trabajo es muy elevado; por tal motivo, los contratistas se encuentran sobrecargados especialmente los del área de facturación, los cuales son profesionales sin apoyo administrativo.
   La alta gerencia aprobó la contratación de nuevos colaboradores para el área, lo cual atenuara la sobrecarga laboral de los profesionales; sin embargo, los profesionales se encuentran reacios a la nueva contratación, pues son personas con poca experiencia en el cargo y temen que realicen sus actividades de forma inadecuada.

- Después de 15 días del ingreso del colaborador nuevo, uno de los profesionales evidencia resistencia para compartir las tareas, por lo tanto el apoyo administrativo ha tenido espacios sin actividad en la jornada. ¿Cuál sería su posición si fuera el profesional de facturación?

a. Pediría cambio de apoyo administrativo, por una persona con más experiencia
b. Indagaría sobre los conocimientos del nuevo colaborador, seguido de explicar las tareas que se deben realizar en el cargo; para así, paulatinamente ir involucrando al nuevo miembro en las actividades a desarrollar.
c. Capacitar al nuevo colaborador para que pueda desempeñar las mismas tareas del profesional.
d. Hablaría con la persona para asignarle solo tareas operativas como de archivo y digitación.

- Con el trascurso de los días los profesionales evidencian que su nuevo compañero se le dificulta ejecutar las tareas de forma adecuada, mostrando falencias en el desarrollo de estas. ¿Cuál de las siguientes estrategias sería la más adecuada para la situación?

a. Realizar el trabajo por él y así evitar que este quede mal ejecutado
b. Dejar que continúe realizando las tareas de ese modo para que aprenda a realizarlas.
c. Guiar y/o enseñar al nuevo compañero de qué modo se deben ejecutar las tareas adecuadamente
d. Indicar al jefe inmediato el mal desempeño del colaborador para que se tomen las medidas necesarias.

ORIENTACIÓN AL USUARIO:

3. La señora Paulina de 72 años se acerca al área de atención al usuario para manifestar que hace tres meses, está tratando de pedir una cita para que le realicen un procedimiento médico especializado, pero siempre se la cancelan. La señora Paulina al intentar acercarse, se da cuenta que hay una fila de casi 70 personas y por ningún lado observaba una fila prioritaria que pudiera agilizar la atención para la tercera edad, personas en situación de discapacidad o mujeres gestantes. Al pensar en la dificultad que tenía con la cita médica, decide esperar por más de 2 horas en la fila. Al llegar al punto de atención, la persona encargada de atenderla le manifiesta que debía seguir pidiendo la cita telefónicamente.

- Si usted fuera la persona encargada de atender al usuario que medidas tomaría

a. Escuchar la situación de la usuaria y buscar la solución a su dificultad, para que pueda acceder a la cita médica especializada cuando se tenga la disponibilidad.
b. Manifestarle que es la normatividad y debe seguir intentado hasta que pueda sacar la cita.
c. Tomar los datos de la señora Paulina y dejarla en lista de espera para llamarla en cuento se tengan citas.
d. Manifestarle a la señora Paulina que las citas se pueden tardar más de 3 meses y que es recomendable que vuelva a llamar pasada esta fecha.

- Que medios tomaría usted para agilizar el proceso de gestión?

a. Priorizar la atención a los usuarios de la tercera edad, en situación de discapacidad y en estado de gestación.
b. Indicar a los usuarios que se debe siempre seguir el conducto regular independientemente de la situación
c. Implementar servicios digitales para facilitar el proceso de gestión en la asignación de citas
d. Continuar desarrollando las labores como de costumbre, teniendo en cuenta el volumen de trabajo.

RESPONSABILIDAD:

4. Los profesionales administrativos deben ingresar a su jornada de actividades a las 07:00 am, usualmente Luis llega a tiempo a su puesto; sin embargo, por un contratiempo familiar no logra presentarse a tiempo sino una hora después, al llegar nota que su jefe inmediato no se encuentra. Frente a esta situación Luis podría..

a. No manifestar la situación para así evitar disgustos con su jefe
b. Compensar su hora de retardo, saliendo una hora después de la hora habitual sin comunicar él porque
c. Aumentar la productividad de sus tareas con la felicidad de ser más eficiente
d. Informar la situación ocurrida a su jefe inmediato con el fin de llegar a un acuerdo de negociación.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-28 V1

NÚMERO DE CÉDULA 52 874437 FECHA DE NACIMIENTO 10-03-1982

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS AlBenis DIAZ DIAZ

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Carrera 17F # 77a - 11 Sur

LOCALIDAD Ciudad Bolivar.

TELÉFONO FIJO 2888219 N° CELULAR 3203028516.

CORREO ELECTRÓNICO albenisdias@hotmail.com

EPS Sura FONDO DE PENSIONES Proteccion ARL Sura

ESTACO CIVIL: CASADO X SOLTERO ____ UNIÓN MARITAL DE HECHO ____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI X NO ____

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI X NO ___ ¿CUÁNTOS? 2 ¿DE QUE EDAD(ES)? 9 - Años

TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI ___ NO X ¿CUÁNTOS? ____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD SI ___ NO X ¿CUÁL? ____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ____

OTRO ¿CUÁL? ____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD SI X No ___

¿CUÁL? hospital Universitario Clinica Sanfael.

BOGOTÁ
TALENTO NO PALANCA

BANCO DE HOJAS DE VIDA DE BOGOTÁ, D.C.

Su número de registro es: 581683, conserve este número de registro.

Descargar registro aquí

1. Datos personales

Primer nombre	Otros nombres	Primer apellido
ALBENIS		DIAZ
Segundo apellido	**Fecha de Nacimiento**	**Sexo**
DIAZ	10/03/1982	Mujer
Teléfono de contacto	**Correo electrónico personal**	**Dirección de residencia**
3203028516	albenisdias@hotmail.com	carrera 17f#77a-11sur
Ciudad de residencia	**Localidad de residencia**	
Bogotá D.C.	Ciudad Bolívar	

2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo	Educación media (hasta grado once aprobado)
Titulo academico	No aplica
Graduado	Si
Semestres cursados	0

Otros estudios

Nombre del curso	auxiliar de enfermeria
Graduado	Si
Horas	2

3. Idiomas

No se encontraron idiomas

Copyright 2019
Departamento Administrativo del
Servicio Civil Distrital.
Todos los derechos reservados.

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	SÍ ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.		Única						
	Hepatitis B		Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	SÍ ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		1ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª						
	Rotavirus		1ª						
	Neumococo		1ª						
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	SÍ ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		2ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª						
	Rotavirus		2ª						
	Neumococo		2ª						
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								
	Polio (Oral - IM)		3ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª						
	Influenza		1ª	02/06/2020		V502200149	clínica San Rafael		
7 Meses	Influenza		2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	07 12 18	Serum	0120W13002	31 12 20	Seco	Oscar 12.c
	Fiebre Amarilla		1ª						
	Neumococo		Refuerzo						
	Influenza		Anual						
	Hepatitis A		ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1° Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)		1° Refuerzo						
5 Años	Polio (Oral - IM)		2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª						
	VPH		2ª						
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	HEPATITIS B		1	09 ENE. 2021		ENGERIX LAHBVC87 AB V.03/2022			
	u		2	07 feb 2021					
	n		3						
	e		R.						

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MEDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI.**

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

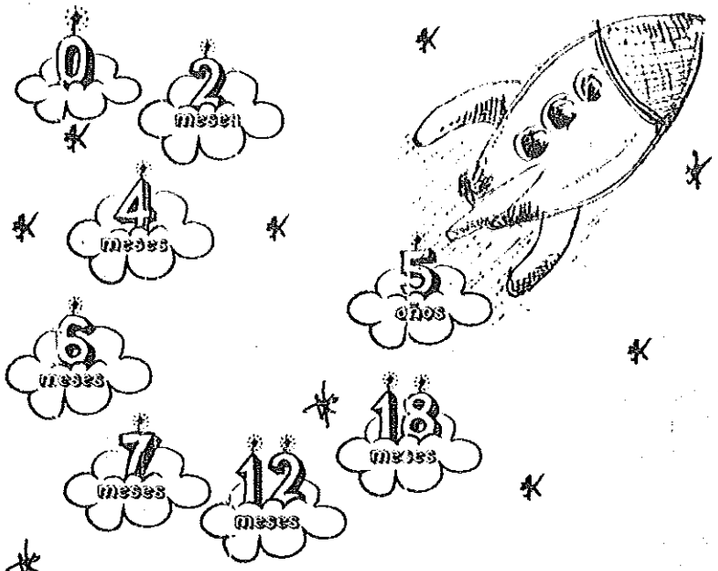
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profusional que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI

de cero a siempre

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fác

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Albanis Diaz

Fecha de nacimiento: 10 03 198

Nº de certificado de nacido vivo: _____

Registro civil: _____

Sexo: _____

Grupo sanguíneo: _____

Peso al nacer: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Responsable: _____

Municipio de residencia: _____

Departamento: _____

0 e 5287 4437

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS