CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Cindy Johanna Prieto	EDAD: 25 años	FECHA: 09.10.14
IDENTIFICACION:	1019117365	TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACION: | TIEMPO EN ESTE OFICIO:

UTILIZA ALGUNA PROTECCION? SI ____ NO ____ CUAL? ____

EVALUACION DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION	CON CORRECCION
Lejos OD	20/100	20/40
Lejos OI	20/100	20/30
Lejos AO	20/100	20/30
Cerca OD	OJM	OJM
Cerca OI	OJM	OJM
Cerca AO	OJM	OJM

RECOMENDACIONES

OFTALMOSCOPIA DIRECTA	OD: Sano	OI: Sano	AO: ____
Necesidad de correction óptica:	SI		
Cromática:	NORMAL ____		ANORMAL ____
Test Estereopsis:	____		
INTERPRETACION:	Miopia AO corregida.		
OBSERVACIONES	Hiperopia		
RECOMENDACIONES	Control 1 año		

Optómetra Universidad de la Salle T.P. 52.270.217

FIRMA PROFESIONAL | FIRMA TRABAJADOR

REPORTE DE ESPIROMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA:
IDENTIFICACION:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

RESULTADOS PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO	VALOR TEORICO	
FUC (L)			
FEV1 (L)			
FEV1 / FUC (%)			
FEF25 - 75% (L/S)			
PEF(L/S)			

INTERPRETACION

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL | FIRMA TRABAJADOR

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACION E INSCRIPCION 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.

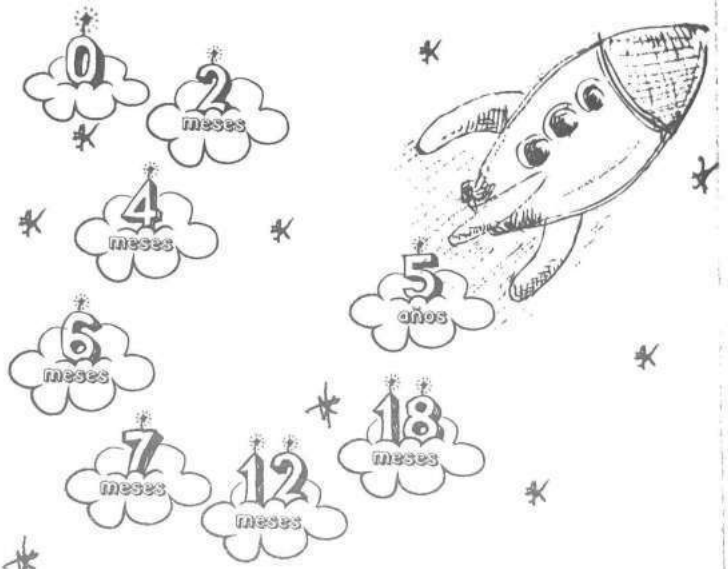
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Sara Helo Novelo
Fecha de nacimiento: .....
Nº de certificado de nacido vivo: .....
Registro civil: cc 1049117365
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: B+
Peso al nacer: .....
Dirección: Cra 152 A # 131A37
Teléfono: 3115285017
Responsable: .....
Municipio de residencia: Bogotá
Departamento: Bogotá

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

OLAYA

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

IMPORTANTE: no confie su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros medicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.

NOTA: este certificado medico es vàlido en el formato original y con el sello seco.



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 89/10/19	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	
NOMBRE	CINDY JOHANNA MELO MORENO						IDENTIFICACION		1.019.117.365			

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRÍA		VISIOMETRÍA	X	ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

ASOCIACION MANOS UNIDAS

EMPRESA	SUBRED SUR ESE
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO	
APTO CON PATOLOGIA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO		NO APTO	

RESULTADO EXAMENES	MEDICO, VALORACION VISUAL: NORMAL		
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: **HOMBROS**: amplitud de movimiento, rotación interna/externa, prueba del supraespinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins-Kennedy: normales; **CODO**: prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos: normales; **MANO**: prueba de Finkelstein: normal, Tinel, Phanel: normales, **COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES**: Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray: normales		
TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA	OBSERVACION	NINGUNA

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). Gestión. Peligro biológico mediante inmunización contra hepatitis B, Influenza y tétano o las que se requieran (gtc 45). Instrucciones sobre las buenas prácticas en la seguridad y detección temprana de eventos adversos en el paciente (Res. 1446/2006). Uso de los elementos de bioseguridad (guantes, tapabocas, trajes anti fluidos, gafas, etc), ante la exposición radiofísica y en el manejo de agentes químicos y biológicos peligrosos (Arts 150 y 101 de la Ley 9). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas, charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). **Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo.. pausas dinámicas cada 2 horas. CONTROL CON NUTRICIONISTA/ENDOCRINO/CONTROL ANUAL VISIOMETRIA**

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Gestión Integrada en Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente
Esp. 5502019 - Registrada 11.265.0
Lic 5502019 - REGISTRADA

PABLO HERNANDEZ
FIRMA Y TARJETA PROFESIONAL 5334/09

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado : el** que falsifique documento privado que pueda servir de prueba , incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. **(Articulo 289 del Código penal Colombiano).**

Principal : Cra. 21 No. 26-52 sur. Tel: 278 3189 FAX: 408 19 86 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 sur - Tel: 239 7687
Barrio Olaya - centromedicoolaya@gmail.com

Nombre: Cindy Tahamira Heh Ibiera **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							
	Tuberculosis B.C.G.	Sí ☐ No ☐ Única						
	Hepatitis B (1)	Recién nacido	23-02-2013					
2 Meses	Lactancia materna exclusiva							
	Polio (Oral - IM)	Sí ☐ No ☐						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) (2)	1ª						
	Rotavirus	1ª	19-MAYO-2013					
	Neumococo	1ª						
	Lactancia materna exclusiva							
4 Meses	Polio (Oral - IM)	Sí ☐ No ☐						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) (3)	2ª						
	Rotavirus	2ª	3-9-13					
	Neumococo	2ª						
	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
6 Meses	Polio (Oral - IM)	3ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª						
7 Meses	Influenza	1ª	08 OCT. 2019	Green Cross	U5021006	Clínica Galindo		
	Influenza	2ª	09 OCT 2019	Sanofi	[illegible]	Fronteriza	Única Dosis	Alejandro Salamanca
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª						
12 Meses	Fiebre Amarilla	1ª						
	Neumococo	Refuerzo						
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
	VPH	1ª						
Niñas 9 Años o más	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
	Tetano	(1)	5-12-2009					
		(2)	9-01-2011					
Vacunas complementarias y otras dosis		(3)	14-01-2012					
		(4)	16-2-16					gratuitas
		(5)	16-1-18	22SC2016B				Clínica G

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.

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁBICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Vacunación

Cod. del Prestador 110010012802

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 2805

NOMBRE: Cindy Johanna Melo Moreno

IDENTIFICACIÓN: 1019117365 SEXO: F

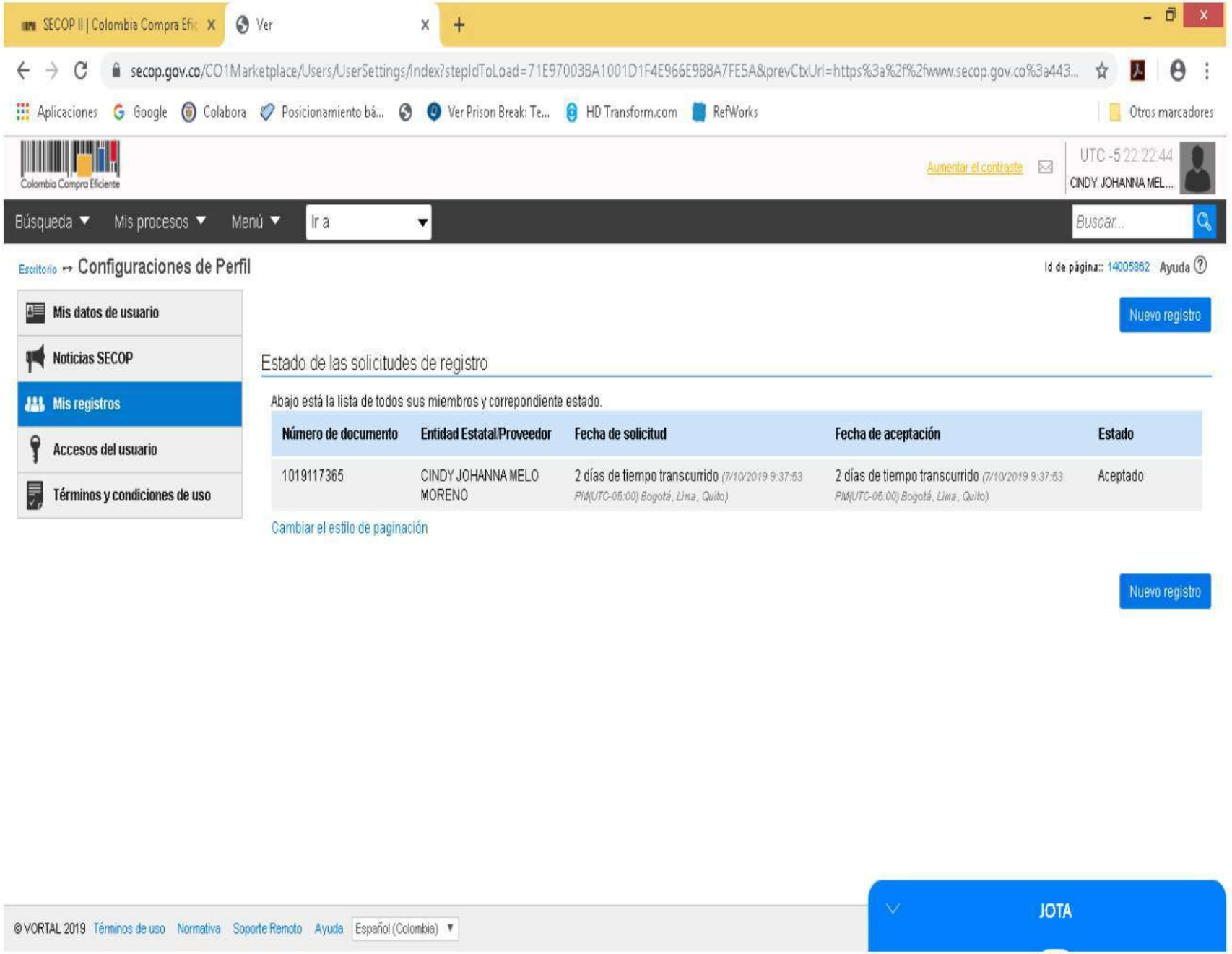
FECHA DE NACIMIENTO: 14/03/96 TEL.: 3115785017

Cra. 21No. 22-40 Piso 2 Consultorio 205 B. Olaya

661 2676 322 721 7501

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1	09 OCT 2019	VARIVAX R036043 30/12/2020	E.O.R. VACUNACIÓN
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			


SECOP II | Colombia Compra Efic
Ver
secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=71E97003BA1001D1F4E966E9B8A7FE5A&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443...
Aplicaciones
Google
Colabora
Posicionamiento bá...
Ver Prison Break: Te...
HD Transform.com
RefWorks
Otros marcadores
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 22:22:44
CINDY JOHANNA MEL...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ↔ Configuraciones de Perfil
Id de página:: 14005862
Ayuda
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Nuevo registro
Estado de las solicitudes de registro
Abajo está la lista de todos sus miembros y correpondiente estado.
Número de documento
Entidad Estatal/Proveedor
Fecha de solicitud
Fecha de aceptación
Estado
1019117365
CINDY JOHANNA MELO MORENO
2 días de tiempo transcurrido (7/10/2019 9:37:53 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
2 días de tiempo transcurrido (7/10/2019 9:37:53 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
Cambiar el estilo de paginación
Nuevo registro
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 23 de abril de 2020 10:06 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1019117365
Nombres y Apellidos	CINDY JOHANNA MELO MORENO		
Fecha de nacimiento:	14/03/1996		

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				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	09/10/2019	Fiebre Amarilla	P3H591V	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 23 de abril de 2020 10:06 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1019117365
Nombres y Apellidos	CINDY JOHANNA MELO MORENO		
Fecha de nacimiento:	14/03/1996		

Sarampión y Rubéola	Primera dosis	09/10/2019	Sarampión -Rubéola	0128M411	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Td	Primera dosis	05/12/2009	Tetavax		VIVA 1A IPS SUBA
	Segunda dosis	09/01/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Tercera dosis	14/10/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Cuarta dosis	16/02/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	D2273	UPA ORQUIDEAS
	Quinta dosis	16/01/2019	Toxoide Tetánico y diftérico	221502016B	VIVA 1A IPS SUBA
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	09/10/2019	VARIVAX	R036043	DR. EULISES ORTIZ RODRIGUEZ
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Bogotá D.C., 14 de abril de 2020

Señores

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

Asunto: Propuesta para la prestación de servicios como auxiliar de enfermería

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

Cordialmente,

CINDY JOHANNA MELO MORENO
CC: 1019117365
Teléfono: 3115785017
Correo: cindyjmelomoreno@gmail.com
Dirección: cra 157 a # 131ª-37

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: 15-abr-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MELO	MORENO	CINDY JOHANNA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1019117365

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES MAR AÑO 1996

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra.157a #131a - 37

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7573525

EMAIL cindy.crue@outlook.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°.* X	MES NOVIEMBRE AÑO 2011

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
tecnicico auxiliar en enfermeria	centro de tecnico auxiliares en enfermeria alexander	2014	1800

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: 15-abr-2020

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
red medica ips		X	Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3827327	DIA 1 MES 7 AÑO 2018	DIA 22 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
axiliar de enfermeria	aperativa	cll71a #70b - 35

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
red medica ips		X	Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3877227	DIA 21 MES 1 AÑO 2018	DIA 30 MES 6 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
auxiliar de enfermeria	operativa	cra.71a #70b - 35

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
global life ambulancias		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	talentohumano@glembulancias.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5264829	DIA 20 MES 2 AÑO 2016	DIA 2 MES 1 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
auxiliar de enfermeria	operativa	cll.163 #16a - 71

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: 15-abr-2020

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 redvida s.a.s.		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* redvidasas"@hotmail.com	
TELÉFONOS 87003273	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 7 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DIA 1 MES 8 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA* operativa		*DIRECCIÓN* cra70d #127a - 27	

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	3	9
Pública	0	0
Total	3	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Cindy Johanna Melo Flores

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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: 15-abr-2020

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: 15-abr-2020

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CINDY JOHANNA MELO MORENO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1019117365 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección cra.157a #131a - 37 **Teléfonos** 3115785017 7573525

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN ESTEBAN ZAPATA MELO	1019092735	Hijo(a)
MISAEL MELO NOVOA	80410170	Padre
MARIA ESTELLA MORENO FRANCO	23694610	Madre

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	$ 14.400.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 14.400.000,00

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 de Bogotá	Cuenta de ahorros	083364737	TABORA (BOGOTA)	$ 0,00

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
		$ 0,00

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: 15-abr-2020

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
	C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Cindy Johanna Melo Moreno

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 15-abr-2020

CIUDAD Y FECHA

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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:	14-04-20	CIUDAD:	Bogota D.C	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido Cliente: 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:
☐	☐	☒	☐	☐	NA

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Melo	Moreno	Cindy	Johanna

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	70811736 5	Bogota - Cundinamarca	2014/03/18
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
14-03-1996	Bogota D.C.	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ UNION LIBRE ☐	CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	1	1	3115785017

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:	PAIS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA
Cra 15 7A # 131 A 37	Bogota D.C.	Cundinamarca	Colombia	3115785017

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PÁGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Cindyjmelomoreno@gmail.com	NA	PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

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 ☐	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	CUAL: NA
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C.I.I.U ACTIVIDAD ECONÓMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	NA	NA
		NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☐	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE 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

DIRECCIÓN 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	NA	AHORROS	NA	SALDO HIPOTECA	NA
HONORARIOS	NA	ARRIENDOS	NA	INVERSIONES	NA	TARJETAS DE CRÉDITO	NA
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 Colaborador y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Uribe	Barbosa	Yarelis.	

DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR
Cll 133#151A87	Bogota D.C.	Amiga	3124762767

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
NA	NA	NA	NA	NA

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 solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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.):

Actividades como Auxiliar de Enfermería

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 artículo 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 requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos 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 -36 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 prestacón 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 le 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 peronas juridicas 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 exteernos, 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 estadísticos.
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 he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde 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 - 36 Sur Bogotá DC, telefono 7300000)* y cualquier otra persona juridica 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 LEIDO, 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

Cindy Johanna Melo Moreno

Firma Cliente / Representante Legal



Huella 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			

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 144349207

WEB
16:56:17

Bogotá DC, 14 de abril del 2020

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) CINDY JOHANNA MELO MORENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019117365:

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 14 de abril de 2020, a las 16:57:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1019117365
Código de Verificación	1019117365200414165740

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.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

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 14 de abril de 2020, a las 16:54:41, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	NIT
No. Identificación	1019117365
Código de Verificación	1019117365200414165441

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.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

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 16:51:39 horas del 14/04/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1019117365

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

CERTIFICA QUE:

El (La) señor(a) CINDY JOHANNA MELO MORENO identificado con CC 1019117365 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	**01/08/2014**
IPS Cotizante:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE SUBA**
Categoría:	**A**
Estado:	**ACTIVO**

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 14 días del mes de abril del año 2020.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

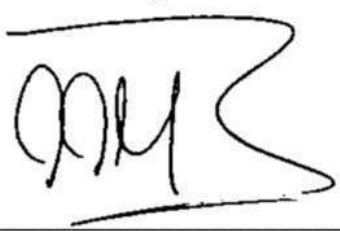
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CINDY JOHANNA MELO MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.117.365**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Abril del 2020.

Cordialmente,



Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

*En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, **¿por qué?** porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

Bogotá D.C., 14-04-2020

PARA: LUIS FERNANDO PINEDA AVILA - Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E. S.E. - Contratante

DE: Cindy Johanna Melo Moreno
Contratista prestación de Servicios

Asunto: DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Yo Cindy Johanna Melo Moreno identificado(a) con la C.C. No. 1019117365 De Bogotá, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

PRIMERO: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

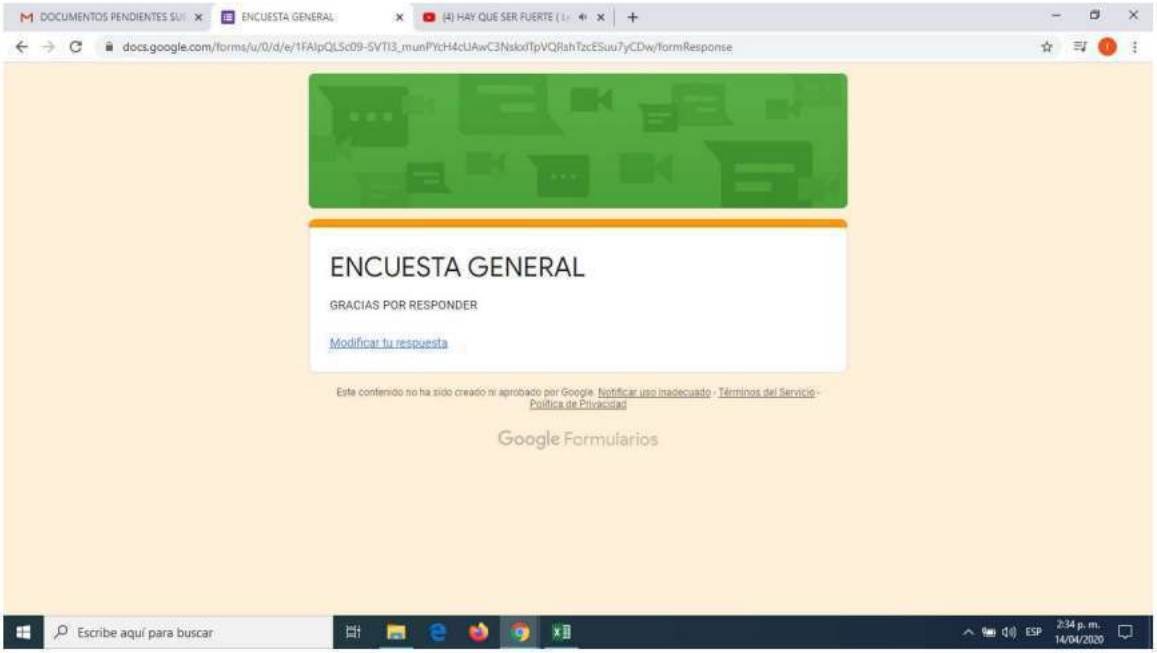
SEGUNDO: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales

TIPO DE FORMACIÓN (FORMAL O INFORMAL)	TÍTULO O CERTIFICACIÓN OBTENIDA	FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA,MES,AÑO)	ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DÍA,MES,AÑO)
Informal	Auxiliar de Enfermeria	14-06-2014	Centro de Tecnicos Auxiliares de enfermeria Alexander Fleming	
Informal	Soporte Vital Basico	26-08-2018	Fundacion Paramedic Rescue	26-08-2020
Informal	Soporte Vital Avanzado	26-08-2018	Fundacion Paramedic Rescue	26-08-2020
Informal	Codigo Blanco violencia sexual	12-08-2018	Fundacion Paramedic Rescue	12-08-2020
Informal	Laboratorio clinico Toma de muestras	06-07-2019	Fundacion Paramedic Rescue	06-01-2021

TERCERO: Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano. Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.

FIRMA CINDY JOHANNA MELO MORENO
C.C. No. 1019117365
TELEFONO 3115785017
DIRECCIÓN CII 157 A #151 A37
CORREO Cindyjmelomoreno@gmail.com


DOCUMENTOS PENDIENTES SUI
ENCUESTA GENERAL
(4) HAY QUE SER FUERTE
docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSc09-SVTI3_munPYcH4cUAwC3NskxlTpVQRahTzcESuu7yCDw/formResponse
ENCUESTA GENERAL
GRACIAS POR RESPONDER
Modificar tu respuesta
Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. Notificar uso inadecuado - Términos del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios
Escribe aquí para buscar
ESP
2:34 p. m.
14/04/2020

FUNDACION PARAMEDIC RESCUE BOGOTA

RCP

RCP

CERTIFICA

QUE

CINDY JOHANNA MELO MORENO

C.C No. 1.019.117.365 de Bogotá

Cumplio Satisfactoriamente con la:

CAPACITACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Basado en la Resolucion 2003 de 2014 del Min. Proteccion Social

Dictado en Cumplimiento del Articulo 5 § 3ro Del Decreto 4904 de 2009 de Educacion o ley 115 de 1994

Con una intensidad de 08 Horas, Realizado en Bogota D.C 26 de Agosto del 2018

Registro Folio No. 1821 LR FPR **Expedido el 26 Agosto de 2018 Vence el 26 Agosto de 2020**

RCP

FUNDACIÓN PARAMEDIC RESCUE (BOGOTA)

[illegible]

CERTIFICA

QUE

CINDY JOHANNA MELO MORENO

C.C No. 1,019.117.365 de Bogotá

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en :

CURSO DE ACTUALIZACION EN LABORATORIO CLINICO Y TOMA DE MUESTRAS

Basado en la Resolución 2003 de 2014 del Min. Protección Social

Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del Decreto 4904 de 2009 de Educación o ley 115 de 1994

Con una Intensidad de **50 Horas**, Realizado en Bogotá D.C 04 al 06 de Enero del 2019

Registro Folio No **1927** LR FPR ***Expedido el 06 de Enero de 2019. Vence el 06 de Enero de 2021***

[illegible]
Director General
Carlos Alberto Rodriguez Vargas
Medico Cirujano UNAM
Director Fundación Paramedic Rescue

Curso Laboratorio Clinico
y Toma de muestras
Margarita Fonseca Luna
Bacterióloga U. Nacional Docente LBC
Fundación Paramedic Rescue

Fundación Paramedic Rescue
Secretaria Académica
Sandra Patricia Bueno
Secretaria Académica
Fundación Paramedic Rescue

FUNDACIÓN PARAMEDIC RESCUE (BOGOTÁ)

RM No 22228875 del 28 de Junio del 2012, Nit 79712277-1
Resolución No 1043 del Ministerio de Protección Social, Licencia No 4461 de 29/04/2013 del Ministerio de Salud, Norma competencia Laboral 230101108 del Sena.

VIOLENCIA SEXUAL

CERTIFICA

QUE:

CINDY JOHANNA MELO MORENO

C.C No. 1.019.117.365 de Bogotá

Cumplió Satisfactoriamente con la:

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en :

CURSO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo Nº 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento Nº 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

Con una Intensidad de ***40*** Horas, Realizado en Bogotá D.C del 10 al 12 de Agosto de 2018

Registro Folio No. ***1898*** LR FPR ***Expedido el 12 de Agosto de 2018. Vence el 12 de Agosto de 2020***

Director General
Cedor Alberto Rodríguez Vargas
Medico Cirujano UNAM
Director Fundación Paramedic Rescue

Manejo Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual

Margarita Fonseca Luna
U. Nacional Docente
Fundación Paramedic Rescue

Fundación Paramedic Rescue
Secretaría Académica

Sandra Patricia Bueno
Secretaria Académica
Fundación Paramedic Rescue

RED

NIT 900.674.225-7

GESTION HUMANA – RED MEDICA IPS SAS
Certificación Laboral

Por medio de la presente **RED MEDICA IPS AMBULANCIAS**, Certifica que la señora **CINDY JOHANNA MELO MORENO**, identificada con la cédula de ciudadanía **No. 1.019.117.365** de Bogotá, D.C. laboró con la empresa a través de un contrato a término fijo a 6 meses desde el 01 de Julio de 2018 y hasta el 26 de Noviembre de 2018, ocupando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE AMBULANCIA,** con una asignación básica mensual de Setecientos Ochenta y Un Mil Doscientos Cuarenta Y Dos Pesos M/CTE ($781 242) más auxilio de transporte por valor de Ochenta y Ocho Mil Doscientos Once Pesos M/CTE ($ 88 211)

La presente se expide a los 24 días del mes de Diciembre del año 2018

Cordialmente.

EGDNA GUTIERREZ
GERENTE GENERAL

RED MEDICA IPS SAS
NIT: 900.674.225-7
TALENTO HUMANO

CC 10

Copia: Hoja de Vida

Calle 71 A No. 70 B 35 Barrio Palo Blanco (Bogotá Cundinamarca) Teléfonos 3807327 - CEL 3183471181 3102[illegible]
Email: gerenciaredmedicaipssas@gmail.com

RED MEDICA IPS SAS

NIT 900.674.225-7

GESTION HUMANA - RED MEDICA IPS SAS
Certificación Laboral

Por medio de la presente **RED MEDICA IPS AMBULANCIAS**, certifica que la señora **CINDY JOHANNA MELO MORENO**, identificada con la cédula de ciudadanía **No. 1.019.117.365** de Bogotá D.C. laboró con la empresa a través de un contrato de prestación de servicios a partir del 21 de Enero de 2018 y hasta el 30 de Junio de 2018, ocupando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE AMBULANCIA**, con honorarios mensuales de $ 1 384 000 pesos M/Cte

La presente se expide a los 24 días del mes de Diciembre del año 2018

Cordialmente,

EGDNA GUTIERREZ
GERENTE GENERAL

RED MEDICA IPS SAS
NIT 900.674.225-7
TALENTO HUMANO

CC 1019117

Copia: Hoja de Vida

Calle 71 A No. 70 B 35 Barrio Palo Blanco Bogotá Cundinamarca Teléfonos 3827327 CEL 3183421387 3102866662

Email: gerenciaredmedicaipssas@gmail.com



Calle 163 No. 16-A
PBX (+1) 626 48 29
Bogotá D.C. Colo
www.giambulianca
giambulianca@gia



GLOBAL AMBULANCIAS Life

EL DEPARTAMENTO DE RECURSO HUMANO
GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S.
Nit. 900.171.211- 5

CERTIFICA QUE:

El señor (a) **CINDY JOHANNA MELO MORENO,** Identificado(a) con CC No **.117.365,** prestó sus servicios profesionales como **AUXILIAR ENFERMERIA ANCIA** en nuestra empresa desde el 20 de febrero de 2016 hasta el 02 de enero on un contrato a término fijo inferior a un año.

e se expide a solicitud del interesado (a), a los 03 dias del mes

Atentamente,

CLAUDIA CRISTINA
JEFE DE TALENTO HUM

Calle 163 No. 16 A - 71
PBX: (1) 526 48 29
Bogotá D.C. - Colombia
www.glambulancias.com
talentohumano@glambulancias.com

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

CENTRO DE TÉCNICOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA

ALEXANDER FLEMING

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Protección Social Acuerdo Ejecutivo No. 62 del 27 de Octubre de 2004.
Resolución No. 986 del 16 de Marzo de 2006. Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Actualización de programa acuerdo No. 142 del 21 de Mayo de 2009 emanada por el Ministerio de Protección Social
Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro del programa resolución 110184 del 27 de Mayo de 2010
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

ACTA GENERAL N° C 016 **ACTA INDIVIDUAL N° C 1249**

En Bogotá D.C., El día 14 de Junio del año 2014, se reunieron en el aula Múltiple de El Centro de Técnicos Auxiliares En Enfermería Alexander Fleming, el Representante Legal, La Directora General, la Directora Académica y el cuerpo de docentes. Previo Juramento de rigor se le hizo entrega a:

CINDY JOHANNA MELO MORENO

C.C 1.019.117.365 De Bogotá D.C

Le confiere el Certificado De Técnico Laboral Por Competencias

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente El Programa Académico y Prácticas Reglamentarias con una intensidad de 1800 horas

Para constancia se firma la presente en Bogotá D.C.
a los 14 Días del mes de Junio del año 2014.

CENTRO DE TÉCNICOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA ALEXANDER FLEMING

ROBERTO GALINDO GONZÁLEZ
REPRESENTANTE LEGAL

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA

MARCELA GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA ACADÉMICA

Red Vida

CERTIFICACIÓN

RED VIDA S.A.S., identificada con el NIT.900450748-5, **CERTIFICA** que la señora **CINDY MELO MORENO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.019.117.365, presta sus servicios por medio de un contrato de prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** a la referida sociedad desde el día 1 de Julio de 2014 hasta el de 1 Agosto de 2015.

La presente certificación se expide por solicitud de la parte interesada, a los 5 días del mes de Octubre de 2015.

Cordialmente,

DANIEL MORENO AMAYA
Subgerente Administrativo

Bogotá: Cra. 70D No. 127A-27 Telefonos: 7003973 - 700 3974 Celulares: 318 364 5296 - 318 364 5286
Cali - Valle: Calle 8B No. 47 - 34 Barrio Tequendama Tel.: 385 16 12
Bucaramanga: Av González Valencia No. 25 - 15 Tel: 683 1734 - Cel: 315 612 1806
redvidasas@hotmail.com - **www.ipsredvida.com**

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

CENTRO DE TECNICOS AUXILIARES EN ENFERMERIA

ALEXANDER FLEMING

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Protección Social, Acuerdo Ejecutivo No. 62 del 27 de Octubre de 2005
Resolución No 986 del 16 de Marzo de 2006, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C
Actualización de programa acuerdo No. 142 del 21 de Mayo de 2009, Emanada por el Ministerio de Protección Social
Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro del programa resolución 110169 del 27 de Mayo de 2010
Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

CINDY JOHANNA MELO MORENO

C.C 1.019.117.365 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS PROGRAMADOS POR LA INSTITUCIÓN CON UNA INTENSIDAD DE 1800 HORAS

ROBERTO GALINDO GONZÁLEZ
REPRESENTANTE LEGAL

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA

MARCELA GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA ACADÉMICA

Dado en Bogotá D.C. a los 14 Dias del Mes de Junio de 2014
Anotado en el Folio C 1249 Libro 03 Registro Del Centro de Técnicos Auxiliares En Enfermería
Alexander Fleming.

FUNDACIÓN PARAMEDIC RESCUE (BOGOTA)

RM No 22228875 del 28 de Junio del 2012, Nit 79712277-1

Resolucion No 1043 del Ministerio de Protección Social, Licencia No 4461 de 25/04/2013 del Ministerio de Salud, Norma competencia Laboral 230101108 del Sena.

ACLS

CERTIFICA

ACLS

QUE:

CINDY JOHANNA MELO MORENO

C.C No. 1.019.117.365 de Bogotá

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en :

CURSO DE SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO "ACLS"

Basado en la Resolución 2003 de 2014 del Min. Protección Social

Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del Decreto 4904 de 2009 de Educación o ley 115 de 1994

Con una Intensidad de **50 Horas**, Realizado en Bogotá D.C 24 al 26 de Agosto del 2018

Registro Folio No. **2559** LR FPR ***Expedido el 26 Agosto de 2018 Vence el 26 Agosto de 2020***

Héctor Adolfo Rodríguez Vargas
Médico Cirujano UNAM
Director Fundación Paramedic Rescue

ACLS
INSTRUCTOR
Felipe Franco Fernández
Instructor
Fundación Paramedic Rescue

Fundación Paramedic Rescue
Secretaría Académica
Sandra Patricia Bueno
Secretaria Académica
Fundación Paramedic Rescue

FUNDACIÓN PARAMEDIC RESCUE (BOGOTÁ)

RM No 22228875 del 28 de Junio del 2012, Nit 79712277 1
Resolución No 1043 del Ministerio de Protección Social, Licencia No 4461 de 29/04/2013 del Ministerio de Salud, Norma competencia laboral 230101108 del Sena.

BLS

BLS

CERTIFICA

QUE:

CINDY JOHANNA MELO MORENO

C.C No. 1.019.117.365 de Bogotá

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en :

CURSO DE BASIC LIFE SUPPORT "BLS"

Basado en la Resolución 2003 de 2014 del Min. Protección Social
Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del Decreto 4904 de 2009 de Educación o ley 115 de 1994
Con una Intensidad de **50 Horas**, Realizado en Bogotá D.C 24 al 26 de Agosto del 2018
Registro Folio No. **2472** LR FPR *Expedido el 26 Agosto de 2018 Vence el 26 Agosto de 2020*

BLS INSTRUCTOR

Director General
Carlos Alberto Rodríguez Vargas
Médico Cirujano UNAM
Director Fundación Paramedic Rescue

Felipe Franco Fernández
Instructor
Fundación Paramedic Rescue

Fundación Paramedic Rescue
Secretaria Académica
Sandra Patricia Bueno
Secretaria Académica
Fundación Paramedic Rescue

Colegio Tomás Carrasquilla

Institución Educativa Distrital

Confiere el

Título de

Bachiller de Media Técnica

en la Especialidad de Sistemas e Informática Empresarial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes.

Libro de Registro No. 1 Folio No. 161

Dado en Bogotá, D. C., a los 30 días del mes de Noviembre de 2011

En ceremonia especial, según Decreto No. 1290 del 6 de Mayo de 1994, aprobado para el año 2011

Colegio Tomás Carrasquilla

Institución Educativa Distrital

Resolución de Aprobación No. 0350 del 9 de Mayo de 1980, Resolución de Reconocimiento Oficial y Legalización de Estudios No. 0163 del 13 de Agosto de 2002
Resolución de Integración No. 0460 del 30 de Agosto de 2002 y Resolución No. 12-11-91 del 9 de Noviembre de 2009 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Confiere a:

Cindy Johanna Melo Moreno

T.I. No. 96031400217 de Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller de Media Técnica

en la Especialidad de Sistemas e Informática Empresarial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes.

COLEGIO CARRASQUILLA D.

Beatriz García García
C.C. No. 21.232.223 de Villavicencio - Meta
Rectora

Elvia Consuelo Cruz Melo
C.C. No. 51.709.045 de Bogotá, D.C.
Secretaria

Libro de Registro No. 1 Folio No. 161

Dado en Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de Noviembre de 2011

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Resolución No 10938 *de* 01/10/2014

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y modificatorios 02065 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 6 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) MELO MORENO CINDY JOHANNA identificado(a) con CC numero 1019117365 *expedida en* BOGOTA D.C *solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de* AUXILIAR EN ENFERMERIA *otorgado por* CTRO DE TEC AUX EN ENFERMERIA ALEXANDER FLEMING *el día* 14/06/2014

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 MELO MORENO CINDY JOHANNA identificado(a) con CC numero 1019117365 *expedida en* BOGOTA D,C *para desempeñarse como* AUXILIAR EN ENFERMERIA *en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.*

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 01/10/2014

SA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY
ectora de Desarrollo de Servicios

Bogotá, D.C 20-11-14
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Cindy Johanna Melo
CC # 1019117365
Firma

BOGOTA HUMANA

NIT: 900.674225-7

GESTION HUMANA – RED MEDICA IPS SAS
Certificación Laboral

Por medio de la presente **RED MEDICA IPS AMBULANCIAS,** Certifica que la señora **CINDY JOHANNA MELO MORENO,** identificada con la cédula de ciudadanía **No. 1.019.117.365** de Bogotá, D.C, laboró con la empresa, a través de un contrato de prestación de servicios a partir del 21 de Enero de 2018 y hasta el 30 de Junio de 2018, ocupando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE AMBULANCIA,** con honorarios mensuales de $ 1.384.000 pesos M/Cte.

La presente se expide a los 24 días del mes de Diciembre del año 2018.

Cordialmente,

EGDNA GUTIERREZ
GERENTE GENERAL

RED MEDICA I.P.S. S.A.S.
NIT: 900.674.225-7
TALENTO HUMANO

CC: 1019117

Copia: Hoja de Vida

Calle 71 A No. 70 B 35 Barrio Palo Blanco (Bogotá-Cundinamarca) Teléfonos: 3827327 –CEL.3183471181-3102869092
Email: gerenciaredmedicaipssas@gmail.com

GLOBAL AMBULANCIAS Life

EL DEPARTAMENTO DE RECURSO HUMANO
GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S.
Nit. 900.171.211 - 5

CERTIFICA QUE:

El señor (a) CINDY JOHANNA MELO MORENO, identificado(a), con CC No. 1.019.117.365, prestó sus servicios profesionales como AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA en nuestra empresa desde el 20 de febrero de 2016 hasta el 02 de enero de 2017 con un contrato a término fijo inferior a un año.

Se expide a solicitud del interesado (a), a los 03 días del mes de enero de 2017.

JEFE DE TALENTO HUMANO

Calle 163 No. 16 A - 71
PBX: (1) 526 48 29
Bogotá D.C. - Colombia
www.glambulancias.com
talentohumano@glambulancias.com

Banco de Bogotá

Nit. 860.002.964.4
Calle 36 No. 7 - 47 Bogotá

Certificado de Retención en la Fuente sobre rendimientos financieros - Cuenta de Ahorros

C E R T I F I C A

Que durante el año gravable 2019 se retuvo a MELO MORENO CINDY JOHANNA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,019,117,365, la suma de $0, por concepto de los rendimientos financieros pagados en la Cuenta de Ahorros No. 083364737, por valor de $21.

La retención fue consignada en su oportunidad en la ciudad de Bogotá D.C.

Este certificado se expide en cumplimiento de lo estipulado en el artículo 381 del Estatuto Tributario y se expide sin firma autógrafa de acuerdo con lo establecido en el artículo 1.6.1.12.12. del Decreto Único Reglamentario en materia tributaria No. 1625 de 2016.

Bogotá D.C., 30 de Marzo de 2020

Impreso por dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:08/10/2019

CONTRIBUYENTE	C.C. 1019117365	CINDY JOHANNA MELO MORENO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 157 A 131 A 37 Teléfonos: 5389648

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

Fecha de Inscripción: 08/10/2019 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

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

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 05/05/2015 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

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

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2 Concepto: 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4 Número de formulario: 14335659594

5 Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 1 9 1 1 7 3 6 5

6 DV: 7

12 Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14 Buzón electrónico: 3 2

IDENTIFICACION

24 Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25 Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26 Número de identificación: 1 0 1 9 1 1 7 3 6 5

Lugar de expedición: Bogotá, D.C.

27 Fecha expedición: 1 1

28 País: COLOMBIA

29 Departamento: 1 6 9 Bogotá D.C.

31 Primer apellido: CINDY

32 Segundo apellido: JOHANNA

33 Primer nombre: MELO

34 Otros nombres: MORENO

35 Razón social:

36 Nombre comercial:

37 Sigla:

UBICACION

38 País: COLOMBIA

39. Departamento: 1 6 9 Bogotá D.C.

40 Ciudad/Municipio: 1 1 Bogotá, D.C.

41 Dirección principal: CR 157 A 131 A 37

42 Correo electrónico: cindyjmelomoreno@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 5 3 8 9 6 4 8

45 Teléfono 2: 3 0 0 7 1 7 7 [illegible]

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46 Código: 8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 0 5 0 5

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código: 1 2

Ocupación

51 Código:

52 Número establecimientos:

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
53 Código:	2	0																							

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55 Forma	56 Tipo	Servicio	1	2
		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 exigir

Para uso exclusivo de la DIAN

59 Anexos: SI [X] NO [ ]

60 No de Folios: 1

61 Fecha: 2 0 1

La información contenida en el formulario será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada

Artículo 18 Decreto 2460 de [illegible]

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada.

64. Nombre: GOMEZ CORREDOR DIANA CAROL

65. Cargo: Analista II

COPIA CONTROLADA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 23 de abril de 2020 10:06 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1019117365
Nombres y Apellidos	CINDY JOHANNA MELO MORENO		
Fecha de nacimiento:	14/03/1996		

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				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	09/10/2019	Fiebre Amarilla	P3H591V	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 23 de abril de 2020 10:06 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1019117365
Nombres y Apellidos	CINDY JOHANNA MELO MORENO		
Fecha de nacimiento:	14/03/1996		

Sarampión y Rubéola	Primera dosis	09/10/2019	Sarampión -Rubéola	0128M411	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Td	Primera dosis	05/12/2009	Tetavax		VIVA 1A IPS SUBA
	Segunda dosis	09/01/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Tercera dosis	14/10/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Cuarta dosis	16/02/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	D2273	UPA ORQUIDEAS
	Quinta dosis	16/01/2019	Toxoide Tetánico y diftérico	221502016B	VIVA 1A IPS SUBA
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	09/10/2019	VARIVAX	R036043	DR. EULISES ORTIZ RODRIGUEZ
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.019.117.365
MELO MORENO
APELLIDOS
CINDY JOHANNA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
18-MAR-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-1500150-01090463-F-1019117365-20100801 0067096601A 1 9809327980



ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Numero de Identificación *

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2019-01-17 -5:59:23 PM

Tipo de Identificación	Número Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1019117365	CINDY	JOHANNA	MELO	MORENO	Ver

Información Detallada [CC: 1019117365] CINDY JOHANNA MELO MORENO

2019-01-17 -5:59:23 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesion u Ocupacion	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	**Local**	**TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**	**2014/10/01**	**DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD**
AUX	**Local**	**NO DISPONIBLE 4**	**2014/10/01**	**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 por 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).