

Resultados de búsqueda X CECOP - y Herrera, acolect X Ver X

Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=71E97003BA1001D1F4E966E988A7FE5A&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fw... Aumentar el contraste UTC -5 20:29:59 YADIRA HERRERA

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a Buscar...

Escribano 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

NIT	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
52461592	YADIRA HERRERA	05/12/2017 06:16:55 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	05/12/2017 06:16:55 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) JOTA

IMG_20171205_00....pdf IMG_20171205_00....pdf 9. certificado laboral.pdf certificado laboralpdf 27. Certificado Eps.pdf Mostrar todo X

ES 08:30 p.m. 23/03/2018



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Herrera</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Martinez</u>	NOMBRES <u>Yadira</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. <u>52461592</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS <u>colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>11</u> MES <u>01</u> AÑO <u>1981</u> PAÍS <u>colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>01149 F Sur 7-38</u> PAÍS <u>colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>3132016716</u> EMAIL <u>yherrera.arcolecta@gmail.com</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller tecnico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	☒	MES <u>12</u> AÑO <u>1997</u>	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
UN	8	X	Enfermería	02 2013	52461592
TE	3	X	tecnico en Sistemas	05 1999	
TC	3	X	tenico Aux de enfermeria	12 2002	52461592

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3- EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente e.s.s</i>	PÚBLICA <i>X</i>	PRIVADA	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>yhemera.acolectiva.hco@gmail.com</i>	
TELÉFONOS <i>344 4484</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2016</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2018</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Enfermera</i>	DEPENDENCIA <i>Salud publica PIC</i>	DIRECCIÓN <i>Dig 34 5-43</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Centro Oriente</i>	PÚBLICA <i>X</i>	PRIVADA	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>yhemera.acolectiva.hco@gmail.com</i>	
TELÉFONOS <i>344 4484</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>21</i> MES <i>05</i> AÑO <i>2013</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>15</i> MES <i>08</i> AÑO <i>2016</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Enfermera</i>	DEPENDENCIA <i>Salud publica PIC</i>	DIRECCIÓN <i>Dig 34 5-43</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Centro Oriente</i>	PÚBLICA <i>X</i>	PRIVADA	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>yadira1181@yahoo.es</i>	
TELÉFONOS <i>312 521 7171</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>08</i> MES <i>05</i> AÑO <i>2006</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>16</i> MES <i>05</i> AÑO <i>2013</i>	
CARGO O CONTRATO <i>tecnico en sistemas</i>	DEPENDENCIA <i>PIC - PAI</i>	DIRECCIÓN <i>Dig 34 5-43</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	11	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 23/03/2018

Yadira Genera Fortner
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA 52461592

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



**Departamento
Administrativo
de la Función
Pública**

**FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Yadira Herrera Martinez

IDENTIFICADO CON: C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 52461592 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN Cll 49 F Sur 7-38 TELÉFONOS 4636647 3132016716

MUNICIPIO Bogotá D.C. DEPARTAMENTO Bogotá PAÍS Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Juan Epifanio Herrera	11251252	Papa,
Aide Martinez Estupinan	23912237	mama
Juan Esteban Diaz Herrera	1025526620	Hijo
Thomas Eduardo Diaz Herrera	1031165419	Hijo

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☒ PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	31.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	31.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	Ahorro	074 063934	Las Aguas	10.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BBVA	Prestamo	11.000.000
Da vivienda	Prestamo	62.000.000
Otras deudas	Arriendo, Alimen- tación, Salud, pensiones, rutas	6.000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI ☒ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
Luis Alberto Diaz Giraldo	C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐	80243830

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Yadira Henera Martinez
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogota 23/03/2018
CIUDAD Y FECHA



República de Colombia

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

*Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:*

Yadira Herrera Martínez

C.C. No. 52.461.592 de Bogotá D.C.

*Terminó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos
exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de*

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D.C., 1 de febrero de 2013


Rector


Secretario General


Director

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 613

En Bogotá D.C., el 1 de febrero de 2013 a las 15:00 horas, convocados por Resolución 001 de la Rectoría Bogotá del 28 de enero del citado año, se reunieron el Rector, doctor José Leonardo Valencia Molano, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Edgar Orlando Cote Rojas y la Secretaria General de la Fundación, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **YADIRA HERRERA MARTINEZ** con cédula de ciudadanía Número 52461592 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 7, Folio 49, número 35164

JOSE LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector Bogotá
EDGAR ORLANDO COTE ROJAS, Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Dada en Bogotá D.C., el 1 de febrero de 2013.

 **FUNDACION UNIVERSITARIA
DEL AREA ANDINA**
SECRETARIA GENERAL

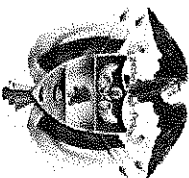

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

Bogotá
Recepción de Correspondencia
Sede Administrativa: Calle 71 No 13 - 21
PBX: (1) 346 6600 Fax: (1) 3131076
Línea Nacional: 018000 110032
Línea de Atención al aspirante: 3077035
www.areandina.edu.co

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Calle 69 No. 11A - 22
PBX: (051) 3798539 - 3798510
Centro de Educación a Distancia
Calle 70 No 11 - 44 PBX: 2101224
Seccional Pereira:
Calle 24 No. 8-55
PBX: (6) 325 5992; FAX: (6) 325 5995
www.funand.edu.co

Sede Valledupar:
Transversal 22 Bis No. 4 - 105 Tels.: (5) 5830606 - 5836050
Sede Medellín:
Calle 34A No. 77-08 Tels.: (4) 2505651 - 2503401
Tunja
Carrera 8 No. 18-15, PBX: (8) 7432986 FAX: (8) 7401188
Sincedejo
Calle 22 No. 15-54, segundo piso Telefax: (5) 7744604
Cúcuta
Calle 7 No 13E - 86, Barrio las Acacias Tel.: (7) 583 7272

Ibagué
Carrera 3 No. 07 - 16, Barrio la Pola Tel.: (8) 262 3176
Montería
Calle 31 No. 5-68, PBX: (4) 7823250, FAX: (4) 7822350
Pasto
Carrera 34A No. 20-40 Avenida los Estudiantes
Tel.: (2) 731 2569; FAX: 731 2711
Arauca
Calle 14 No. 24-90, Ciudadela Universitaria de la Paz
Telefax: (7) 885 5677



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga

Certificado de Competencia Laboral a

YADIRA HERRERA MARTINEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.461.592

Quien demostró su Competencia Laboral en la

Norma

**NIVEL AVANZADO - ADMINISTRAR INMUNOBIOLOGICOS SEGÚN DELEGACIÓN Y
NORMATIVA VIGENTE.**

Código: 230101210

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en **BOGOTÁ, D. C., A los Dieciséis (16) días del mes de Junio de Dos Mil Quince (2015)**

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

1006414 - 16/06/2015
No Y FECHA REGISTRO

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

VIGENCIA
16 DE Junio DE 2018

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940300230101210CCS2461592C.

Certifica que:

YADIRA HERRERA MARTINEZ

Asistió en calidad de participante a la

**Jornada de Actualización del Programa Ampliado de
Inmunizaciones**

Realizado en la Ciudad Bogotá, a los 15 días de Diciembre del 2015



DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
Coordinador PAI Nacional
Ministerio de Salud y Protección Social

Certifica que:

YADIRA HERRERA MARTINEZ

Asistió en calidad de participante a la

**Jornada de Actualización del Programa Ampliado de
Inmunizaciones**

Realizado en la Ciudad Bogotá, a los 16 días de Diciembre del 2015



DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
Coordinador PAI Nacional
Ministerio de salud y protección social

REPÚBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

YADIRA HERRERA MARTINEZ

CC.52.461.592

APROBO EL CURSO

ACTUALIZACION DE ENFERMERIA EN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

DURACION 40 HORAS


JAIME GARCIA D-MOTOLI
JEFE DE CENTRO

Bogotá D. C., 24 de Noviembre de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

SERVICIOS A LA SALUD
CENTRO DE FORMACION

SGC2003AP00152 24/11/2003
No Y FECHA DE REGISTRO

La Secretaría Distrital de Salud

Dirección de Salud Pública

Reconoce que:

Yadira Herrera

Con su esfuerzo, dedicación y compromiso con el programa ampliado de inmunizaciones, contribuyó al logro de metas de vacunación, mejorando la calidad de vida de la niñez Bogotana

Héctor Zambrano Rodríguez
Secretario Distrital de Salud

Liliana Sofía Cepeda
Directora de Salud Pública



Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Area Andina

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Yadira Henao Hartner en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Enfermera

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Yadira Henao Hartner

No. de documento:

52461592

Tarjeta profesional No:

52461592

Dirección de contacto:

CU 69 # 11A-22

Teléfono:

7424218



**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E**

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **YADIRA HERRERA MARTINEZ**, Identificada con CC. N° 52.461.592, presta sus servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR
02-PS-1072-2016	05/09/2016	31/03/2017	\$ 19.913.334
PS-3579-2017	17/04/2017	30/08/2017	\$ 13.846.667

OBJETO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 26 de julio de 2017

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 288 05 19 o dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesor(a) Dirección Contratación Ops
Proyecto: Isabel Jimenez- Tecnico Administrativo

Diagonal 34 N° 5-43
Código postal: 110311
Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Tel.: 3444484

gerencia@esecentrooriente.gov.co



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
II NIVEL

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

**MEJOR
PARA TODOS**



**EL HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL DE ATENCIÓN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

HACE CONSTAR:

Que en el archivo del Hospital reposan los contratos de Prestación de Servicios, con sus antecedentes que se relacionan a continuación suscritos con **YADIRA HERRERA MARTINEZ** con cédula de ciudadanía número **52.461.592**

CONTRATO N° 1843/2009

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2009-12-01 Terminación 2009-12-31.
Valor total de la contratación: \$1.200.000

CONTRATO N° 1843/2009

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2009-12-30 Terminación 2010-01-29.
Valor total de la contratación: \$1.200.000

CONTRATO N° P66/2010

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2010-02-01 Terminación 2010-04-02.
Valor total de la contratación: \$1.200.000

CONTRATO N° P269/2010

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2010-04-05 Terminación 2010-05-31.
Valor total de la contratación: \$2.240.000

CONTRATO N° P469/2010

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2010-05-03 Terminación 2010-05-31.
Valor total de la contratación: \$1.200.000

CONTRATO N° P723/2010

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2010-06-04 Terminación 2010-07-01.
Valor total de la contratación: \$1.360.000

CONTRATO N° P977/2010

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2010-07-01 Terminación 2010-08-30.
Valor total de la contratación: \$1.260.000



CONTRATO N° P1233/2010

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2010-09-01 Terminación 2010-10-31.
Valor total de la contratación: \$1.260.000

CONTRATO N° P1526/2010

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2010-11-09 Terminación 2010-12-16.
Valor total de la contratación: \$945.000

CONTRATO N° PP179/2011

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2011-02-16 Terminación 2011-05-30.
Valor total de la contratación: \$2.275.000

CONTRATO N° PP490/2011

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2011-06-01 Terminación 2011-07-31.
Valor total de la contratación: \$1.300.000

CONTRATO N° PP718/2011

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2011-08-01 Terminación 2011-08-31.
Valor total de la contratación: \$650.000

CONTRATO N° PP932/2011

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2011-09-01 Terminación 2011-10-01.
Valor total de la contratación: \$650.000

CONTRATO N° PP1157/2011

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2011-10-03 Terminación 2011-12-01.
Valor total de la contratación: \$1.300.000

CONTRATO N° PP1434/2011

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2011-12-01 Terminación 2012-01-30. **Valor total de la contratación:** \$1.300.000

CONTRATO N° PP48/2012

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS** **Duración:** Suscripción 2012-02-09 Terminación 2012-04-30.
Valor total de la contratación: \$1.820.462



CONTRATO N° PP314/2012

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS** **Duración:** Suscripción 2012-05-02 Terminación 2012-06-01.
Valor total de la contratación: \$674.245

CONTRATO N° PP358/2012

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2012-06-02 Terminación 2012-07-31.
Valor total de la contratación: \$1.331.433

CONTRATO N° PP596/2012

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS** **Duración:** Suscripción 2012-08-01 Terminación 2012-09-11.
Valor total de la contratación: \$902.667

CONTRATO N° PP814/2012

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2012-09-11 Terminación 2013-01-30.
Valor total de la contratación: \$5.025.002

CONTRATO N° PP75/2013

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO DE SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2013-02-01 Terminación 2013-05-02.
Valor total de la contratación: \$5.002.100

CONTRATO N° PP446/2013

Objeto: Prestar servicios independientes como **ENFERMERA**
Duración: Suscripción 2013-05-21 Terminación 2014-01-31.
Valor total de la contratación: \$33.733.333

CONTRATO N° PP195/2014

Objeto: Prestar servicios independientes como **ENFERMERA**
Duración: Suscripción 2013-02-01 Terminación 2014-06-30.
Valor total de la contratación: \$18.666.667

CONTRATO N° 627/2014

Objeto: Prestar servicios independientes como **ENFERMERA**
Duración: Suscripción 2014-09-23 Terminación 2014-12-02



CONTRATO N° PP323/2015

Objeto: Prestar servicios independientes como **ENFERMERA**

Duración: Suscripción 2015-02-01 Terminación 2016-01-31.

Valor total de la contratación: \$49.464.000

CONTRATO N° PP2016-157/2016

Objeto: Prestar servicios independientes como **ENFERMERA**

Duración: Suscripción 2015-02-03 Terminación 2016-02-09.

Valor total de la contratación: \$967.493

Funciones:

1. Cumplimiento del 100% de metas y o actividades mensuales programadas en la línea de intervención y/o componente asignado, incluye proyectos especiales, Disponibilidad a eventos en los territorios saludables de salud pública, atención a quejas solicitudes con sus respectivas respuestas de acuerdo a la necesidad. La asignación de metas y/o actividades se realiza directamente con el supervisor técnico del contrato.
2. Ejecutar las actividades con calidad, oportunidad y eficiencia de su línea de intervención según las Guías operativas y técnicas distritales PIC 2013, dando cumplimiento a las metas periódicas asignadas por SDS y por el Hospital.
3. Realizar el seguimiento y monitoreo a la ejecución de los procesos y actividades de acuerdo al plan de acción de la línea de intervención bajo responsabilidad.
4. Conocimiento e implementación del sistema obligatorio de la garantía de la calidad NTGP1000, modelo estándar de control interno, gestión documental, gestión ambiental institucional, procesos y procedimientos institucionales y lineamientos, fichas técnicas y portafolios dados por la SDS y por la ESE, debe hacer apropiación e implementación de los objetivos, valores y principios corporativos institucionales en la ejecución de las actividades del componente y/o territorio, lo cual debe verse reflejado en los soportes de actividades diligenciadas con calidad, sin enmendaduras, letra legible, exigencias y recomendaciones técnicas, precisas basadas en la norma, respuestas a quejas y derechos de petición con claridad, precisión, rapidez y oportunidad en los formatos establecidos por la institución y/o la SDS. Intervenciones ejecutadas con calidad y oportunidad en la atención de las mismas, cero quejas, cero glosas.
5. Entregar y radicar a diario informes con calidad de las actividades ejecutadas el día anterior e informes solicitados los cuales deben ser oportunos y con calidad en los formatos establecidos y suministrados por la institución, conforme a los parámetros estipulados por la ESE, lineamientos, fichas técnica, criterios de glosas dados por la SDS y demás estándares que hacen parte del presente contrato; para ello debe anotar el número de registro de entrega, para fin de mes se deberá entregar en la fecha y hora pactada, de manera que facilite los procesos de elaboración de informes de gestión de certificación.
6. Entregar el cronograma solicitado por la SDS, al respectivo supervisor técnico el día 26 de cada mes.
7. Recepcionar a diario los documentos (solicitudes, quejas, derechos de petición) o tareas asignadas en cumplimiento al objeto contractual, para ello debe anotar los correspondientes números de registro de recibido para su soporte mensual.
8. Asistencia al 100% y obligatoriamente a capacitaciones asignadas e implementar en el servicio los conocimientos adquiridos; Asistir al 100% a las reuniones convocadas por la institución, el área o las delegadas fuera de la

institución con sus respectivos informes,
de asistencia y en caso de ser diferente al
puntos tratados y compromisos

Página 5 de 5



dejando constancia a través de la firma del acta
área enterar al referente del área sobre los
adquiridos.

9. Estar disponible para realizar apoyo en la actualización del archivo el cual debe estar acorde a la normatividad vigente, teniendo en cuenta el sistema de gestión documental y tablas de retención documental.
10. Responder y levantar oportunamente las glosas parciales generadas por la SDS y/o firma interventora.
11. Mantener actualizado y organizado los soportes de la intervención bajo su responsabilidad, de acuerdo a la normatividad vigente de gestión documental y hacer entrega al finalizar su contrato.
12. Velar por el buen uso de los equipos y elementos de trabajo suministrados por el hospital y hacer entrega de los mismos al final del contrato.
13. Participar activamente en las jornadas de salud pública programadas tanto por la SDS como por el Hospital.
14. Las demás actividades que le sean programadas según la prestación del servicio.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día 09 del mes de febrero de 2016

MARTHA PATRICIA JIMENEZ AVILA
Profesional Especializado

Diag. 34 No. 5-43
Tels: 3444484
www.esecentrooriente.gov.co
gerencia@esecentrooriente.gov.co



Diag. 34 No. 5-43
Tels: 3444484
www.esecentrooriente.gov.co
gerencia@esecentrooriente.gov.co





**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E**

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **YADIRA HERRERA MARTINEZ**, Identificada con CC. N° 52.461.592, presta sus servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR
02-PS-1072-2016	05/09/2016	31/03/2017	\$ 19.913.334
PS-3579-2017	17/04/2017	30/08/2017	\$ 13.846.667

OBJETO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 26 de julio de 2017

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 288 05 19 o dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada,

revisada y aprobada.

Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesoría Dirección Contratación Ops.

Proyecto: Isabel Jimenez- Tecnico Administrativo

Diagonal 34 N° 5-43
Código postal: 110311
Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Teléfono: 2640666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.461.592**

HERRERA MARTINEZ

APELLIDOS
YADIRA

NOMBRES

Yadira Herrera Martinez
FIRMA



NDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ENE-1981**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

27-ENE-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torre
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRE



 DIAN <small>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		 <small>Unidad Unica de Registro, Servicio y Control Automatizado</small>		001	
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN 				4. Número de formulario 14363632623  (415)7707212489984(8020) 000001436363262 3			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 4 6 1 5 9 2 1 5		6. DV 5		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: 5 2 4 6 1 5 9 2 1 5		27. Fecha expedición: 1 9 8 1 0 1 1 1	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: 1 6 9		29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido HERRERA		32. Segundo apellido MARTINEZ		33. Primer nombre YADIRA		34. Otros nombres 0 0 1	
35. Razón social:							
36. Nombre comercial:							
37. Sigla:							
UBICACION							
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		0 0 1	
41. Dirección principal CL 49 F 7 38 BRR MOLINOS II GOBAROBA SUR							
42. Correo electrónico: yadira1181@yahoo.es		43. Apartado aéreo		44. Teléfono 1: 2 0 5 9 5 6 2		45. Teléfono 2: 3 1 3 2 0 1 6 7 1 6	
CLASIFICACION							
Actividad principal		Actividad económica		Otras actividades		Ocupación	
46. Código: 8 2 9 9		47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 6 0 5 0 8		48. Código: 8 6 9 2		49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 3 0 1 3 1	
50. Código: 1 2		51. Código: 1 2		52. Número establecimientos 1 2			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código: 1 2							
12- Ventas régimen simplificado							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				55. Forma ☐			
				56. Tipo ☐			
				57. Modo ☐			
				58. CPC ☐			
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos: SI ☐ NO ☒				60. No. de Folios: 0			
61. Fecha: 2 0 1 6 0 2 1 7							
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 Noviembre de 2013 Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre HERRERA MARTINEZ YADIRA 985. Cargo: CONTRIBUYENTE			



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

Fecha: 15-02-2016
Hora: 12:44:48 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 52461592-5 YADIRA HERRERA MARTINEZ

Información General

Dirección CL 49 F 7 38 SUR

Teléfonos 2059562-3178809859

Dirección electrónica yadira1181@yahoo.es

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 11/06/2009

Soporte Inscripción 13035325

Fecha Inicio Actividades 01/06/2009

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16000546901



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia A N E C

Yadira Herrera Martinez

Identificación Registrada(o)

NOMBRES **YADIRA**

APELLIDOS **HERRERA MARTINEZ**

C.C. **52.461.592 BOGOTA**

UNIVERSIDAD **FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA**

RUN No. **34883**

Fecha de Expedición

17/MAY/2013





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 3787 de 10/04/2013

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) HERRERA MARTINEZ YADIRA Identificado(a) con CC número 52461592 expedida en BOGOTÁ D.C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 01/02/2013, acta de grado Nro. 613, Diploma Nro. 35164 y registrado en el libro 6 Folio 49 año 2013.

Que de conformidad con la Resolución 1058 de 2010, Resolución No 274 del 09 de diciembre de 2011 y 566 de 16 del marzo de 2012, del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, por medio de la cual autoriza la realización del sorteo de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio, el cual se realizó el día 25/01/2013.

Que el(la) señor(a) HERRERA MARTINEZ YADIRA no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

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 HERRERA MARTINEZ YADIRA identificado(a) con CC número 52461592 expedida en BOGOTÁ D.C para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) 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.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 10/04/2013


ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Aprobó : Isabel Cristina Artunduaga
Revisó : Daniel Ortiz B/Carmen Rosales
Elaboró : Víctor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 8090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



Bogotá, D.C. 26 Abril 2013

A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Yadira Herrera M
CC. #. 52 461 592

Firma Yadira Herrera Martinez

BOGOTÁ
HUMANA



Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 “Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia”

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **YADIRA HERRERA MARTÍNEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.461.592, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintitrés (23) días del mes de marzo del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Vacuna

Enfermedad que previene:

Número de dosis y edades de aplicación

Fecha de aplicación

BCG

Tuberculosis

Recién nacido

Hepatitis B

Hepatitis B

Primera dosis: Recién nacido

Segunda dosis: 2 meses de edad

Tercera dosis: 6 meses de edad

Dosis complementaria: Recién nacido

Primera dosis: 2 meses de edad

Segunda dosis: 4 meses de edad

Tercera dosis: 6 meses de edad

Primer refuerzo: A los 18 meses de edad

Segundo refuerzo: A los 5 años de edad

Primera dosis: 2 meses de edad

Segunda dosis: 4 meses de edad

Tercera dosis: 6 meses de edad

Primer refuerzo: A los 18 meses de edad

Segundo refuerzo: A los 5 años de edad

Primera dosis: 2 meses de edad

Segunda dosis: 4 meses de edad

Tercera dosis: 6 meses de edad

Primera dosis: 12 meses de edad

Refuerzo: A los 10 años de edad

Para mujeres de 10 a 49 años:

Primera dosis: Si empieza hoy

Segunda dosis: Al mes de la primera

Tercera dosis: A los 6 meses de la segunda

Cuarta dosis: Al año de la tercera dosis

Quinta dosis: Al año de la cuarta dosis

A partir de los 6 meses de edad para

zonas donde existe la enfermedad o

cuando se viaja a esos lugares

Refuerzo: A los 10 años de la primera dosis

DPT

Difteria,
Tosferina y
Tétanos

Haemophilus
Influenzae Tipo B

Meningitis por
Haemophilus Influenzae
Tipo B

Triple Viral

Sarampión,
Paperas y Rubéola

Toxoide tetánico
y diftérico

Tétanos
neonatal,
tétanos y
difteria

Fiebre Amarilla

Fiebre Amarilla

Enc 12-2004

25 Agt / 2010

Celina Lora

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Dif. y Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3	02-03-2012	SLAEH021	03/14

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

HEPATITIS B	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
HEPAVAX-GENE®	1a.			
	2a.			
	3a.	05-Abil-2002		
		07-Julio-2004		

TÉTANOS DIFTERIA (Dif. Tet. AIT)®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1a.	10-02-2005		
		22-Abril-2005		
		4-Oct-2007		
		MAY-07-2009		

INFLUENZA AGRIPPAL® S1	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1	May 07/2009		
VARICELA VARICELA VACCINE GCVC®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1	Junio 20/2009		
TRIPLE VIRAL MORUPAR®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1			
OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA

Esquema de vacunación

105

BCG	Una sola dosis al año
HEP. B	3 dosis: 1a. Recién nacido, 2a dosis: 1-2 mes después, 3a. 6to. mes
POLIO ORAL	3 dosis: 2º, 4º y 6º mes Refuerzo a los 18 meses y 5 años
DPT	3 dosis: 2º, 4º y 6º mes Refuerzo a los 15-18 meses
Hib.	3 dosis: 2º, 4º y 6º mes Refuerzo a los 15-18 meses
DPTa+IPV/Hib	3 dosis: con un intervalo mínimo de un mes entre cada dosis. Refuerzo a los 15-18 meses
SRP	1 dosis: 1a. dosis: a la edad de 1 año, Refuerzo a los 4-6 años o 10 años
VARICELA	1 dosis: de 1 año a 12 años 2 dosis: ≥ de 12 años. Intervalo 4-8 semanas
HEP. A	2 dosis: 1a. dosis: entre 1-2 años, 2a dosis: 6 meses después
HEP A+HEP B	3 dosis: 1a. dosis: Fecha que se elija 2 dosis: 1 mes después 3 dosis: 6to. mes
T.d.	Una dosis cada 10 años.
ANTIGRIPIAL	Menor 6 años: 2 dosis: con un intervalo de 4-6 semanas, Mayores de 6 años: 1 dosis

Hepatitis B:

NIÑOS: Reg. San. IM-14408 M.S.
ADULTOS: Reg. San. IM-011189 M.S.

Varicela:

Reg. San. IM-010700

Hepatitis - A:

NIÑOS: Reg. San. IM-010536 M.S.
ADULTOS: Reg. San. IM-007238 M.S.

Combinación Hep A+Hep B:

NIÑOS: Reg. San. IM-010759 M.S.
ADULTOS: Reg. San. IM-007238 M.S.

Hib:

Reg. San. IM-010710

Combinación DPTa + Polio
Inyectable + Hib:

Reg. San. INVIMA M-012551

Triple viral:

Reg. San. INVIMA M-012126

Influenza:

Reg. San. INVIMA M-012058

Cortés:

SB

SmithKline Beecham



cas de
VACUNAS SB

INV. 102718/01/02/03/04/05/06/07/08/09/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100/101/102/103/104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000/1001/1002/1003/1004/1005/1006/1007/1008/1009/1010/1011/1012/1013/1014/1015/1016/1017/1018/1019/1020/1021/1022/1023/1024/1025/1026/1027/1028/1029/1030/1031/1032/1033/1034/1035/1036/1037/1038/1039/1040/1041/1042/1043/1044/1045/1046/1047/1048/1049/1050/1051/1052/1053/1054/1055/1056/1057/1058/1059/1060/1061/1062/1063/1064/1065/1066/1067/1068/1069/1070/1071/1072/1073/1074/1075/1076/1077/1078/1079/1080/1081/1082/1083/1084/1085/1086/1087/1088/1089/1090/1091/1092/1093/1094/1095/1096/1097/1098/1099/1100/1101/1102/1103/1104/1105/1106/1107/1108/1109/1110/1111/1112/1113/1114/1115/1116/1117/1118/1119/1120/1121/1122/1123/1124/1125/1126/1127/1128/1129/1130/1131/1132/1133/1134/1135/1136/1137/1138/1139/1140/1141/1142/1143/1144/1145/1146/1147/1148/1149/1150/1151/1152/1153/1154/1155/1156/1157/1158/1159/1160/1161/1162/1163/1164/1165/1166/1167/1168/1169/1170/1171/1172/1173/1174/1175/1176/1177/1178/1179/1180/1181/1182/1183/1184/1185/1186/1187/1188/1189/1190/1191/1192/1193/1194/1195/1196/1197/1198/1199/1200/1201/1202/1203/1204/1205/1206/1207/1208/1209/1210/1211/1212/1213/1214/1215/1216/1217/1218/1219/1220/1221/1222/1223/1224/1225/1226/1227/1228/1229/1230/1231/1232/1233/1234/1235/1236/1237/1238/1239/1240/1241/1242/1243/1244/1245/1246/1247/1248/1249/1250/1251/1252/1253/1254/1255/1256/1257/1258/1259/1260/1261/1262/1263/1264/1265/1266/1267/1268/1269/1270/1271/1272/1273/1274/1275/1276/1277/1278/1279/1280/1281/1282/1283/1284/1285/1286/1287/1288/1289/1290/1291/1292/1293/1294/1295/1296/1297/1298/1299/1300/1301/1302/1303/1304/1305/1306/1307/1308/1309/1310/1311/1312/1313/1314/1315/1316/1317/1318/1319/1320/1321/1322/1323/1324/1325/1326/1327/1328/1329/1330/1331/1332/1333/1334/1335/1336/1337/1338/1339/1340/1341/1342/1343/1344/1345/1346/1347/1348/1349/1350/1351/1352/1353/1354/1355/1356/1357/1358/1359/1360/1361/1362/1363/1364/1365/1366/1367/1368/1369/1370/1371/1372/1373/1374/1375/1376/1377/1378/1379/1380/1381/1382/1383/1384/1385/1386/1387/1388/1389/1390/1391/1392/1393/1394/1395/1396/1397/1398/1399/1400/1401/1402/1403/1404/1405/1406/1407/1408/1409/1410/1411/1412/1413/1414/1415/1416/1417/1418/1419/1420/1421/1422/1423/1424/1425/1426/1427/1428/1429/1430/1431/1432/1433/1434/1435/1436/1437/1438/1439/1440/1441/1442/1443/1444/1445/1446/1447/1448/1449/1450/1451/1452/1453/1454/1455/1456/1457/1458/1459/1460/1461/1462/1463/1464/1465/1466/1467/1468/1469/1470/1471/1472/1473/1474/1475/1476/1477/1478/1479/1480/1481/1482/1483/1484/1485/1486/1487/1488/1489/1490/1491/1492/1493/1494/1495/1496/1497/1498/1499/1500/1501/1502/1503/1504/1505/1506/1507/1508/1509/1510/1511/1512/1513/1514/1515/1516/1517/1518/1519/1520/1521/1522/1523/1524/1525/1526/1527/1528/1529/1530/1531/1532/1533/1534/1535/1536/1537/1538/1539/1540/1541/1542/1543/1544/1545/1546/1547/1548/1549/1550/1551/1552/1553/1554/1555/1556/1557/1558/1559/1560/1561/1562/1563/1564/1565/1566/1567/1568/1569/1570/1571/1572/1573/1574/1575/1576/1577/1578/1579/1580/1581/1582/1583/1584/1585/1586/1587/1588/1589/1590/1591/1592/1593/1594/1595/1596/1597/1598/1599/1600/1601/1602/1603/1604/1605/1606/1607/1608/1609/1610/1611/1612/1613/1614/1615/1616/1617/1618/1619/1620/1621/1622/1623/1624/1625/1626/1627/1628/1629/1630/1631/1632/1633/1634/1635/1636/1637/1638/1639/1640/1641/1642/1643/1644/1645/1646/1647/1648/1649/1650/1651/1652/1653/1654/1655/1656/1657/1658/1659/1660/1661/1662/1663/1664/1665/1666/1667/1668/1669/1670/1671/1672/1673/1674/1675/1676/1677/1678/1679/1680/1681/1682/1683/1684/1685/1686/1687/1688/1689/1690/1691/1692/1693/1694/1695/1696/1697/1698/1699/1700/1701/1702/1703/1704/1705/1706/1707/1708/1709/1710/1711/1712/1713/1714/1715/1716/1717/1718/1719/1720/1721/1722/1723/1724/1725/1726/1727/1728/1729/1730/1731/1732/1733/1734/1735/1736/1737/1738/1739/1740/1741/1742/1743/1744/1745/1746/1747/1748/1749/1750/1751/1752/1753/1754/1755/1756/1757/1758/1759/1760/1761/1762/1763/1764/1765/1766/1767/1768/1769/1770/1771/1772/1773/1774/1775/1776/1777/1778/1779/1780/1781/1782/1783/1784/1785/1786/1787/1788/1789/1790/1791/1792/1793/1794/1795/1796/1797/1798/1799/1800/1801/1802/1803/1804/1805/1806/1807/1808/1809/1810/1811/1812/1813/1814/1815/1816/1817/1818/1819/1820/1821/1822/1823/1824/1825/1826/1827/1828/1829/1830/1831/1832/1833/1834/1835/1836/1837/1838/1839/1840/1841/1842/1843/1844/1845/1846/1847/1848/1849/1850/1851/1852/1853/1854/1855/1856/1857/1858/1859/1860/1861/1862/1863/1864/1865/1866/1867/1868/1869/1870/1871/1872/1873/1874/1875/1876/1877/1878/1879/1880/1881/1882/1883/1884/1885/1886/1887/1888/1889/1890/1891/1892/1893/1894/1895/1896/1897/1898/1899/1900/1901/1902/1903/1904/1905/1906/1907/1908/1909/1910/1911/1912/1913/1914/1915/1916/1917/1918/1919/1920/1921/1922/1923/1924/1925/1926/1927/1928/1929/1930/1931/1932/1933/1934/1935/1936/1937/1938/1939/1940/1941/1942/1943/1944/1945/1946/1947/1948/1949/1950/1951/1952/1953/1954/1955/1956/1957/1958/1959/1960/1961/1962/1963/1964/1965/1966/1967/1968/1969/1970/1971/1972/1973/1974/1975/1976/1977/1978/1979/1980/1981/1982/1983/1984/1985/1986/1987/1988/1989/1990/1991/1992/1993/1994/1995/1996/1997/1998/1999/2000/2001/2002/2003/2004/2005/2006/2007/2008/2009/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2100/2101/2102/2103/2104/2105/2106/2107/2108/2109/2110/2111/2112/2113/2114/2115/2116/2117/2118/2119/2120/2121/2122/2123/2124/2125/2126/2127/2128/2129/2130/2131/2132/2133/2134/2135/2136/2137/2138/2139/2140/2141/2142/2143/2144/2145/2146/2147/2148/2149/2150/2151/2152/2153/2154/2155/2156/2157/2158/2159/2160/2161/2162/2163/2164/2165/2166/2167/2168/2169/2170/2171/2172/2173/2174/2175/2176/2177/2178/2179/2180/2181/2182/2183/2184/2185/2186/2187/2188/2189/2190/2191/2192/2193/2194/2195/2196/2197/2198/2199/2200/2201/2202/2203/2204/2205/2206/2207/2208/2209/2210/2211/2212/2213/2214/2215/2216/2217/2218/2219/2220/2221/2222/2223/2224/2225/2226/2227/2228/2229/2230/2231/2232/2233/2234/2235/2236/2237/2238/2239/2240/2241/2242/2243/2244/2245/2246/2247/2248/2249/2250/2251/2252/2253/2254/2255/2256/2257/2258/2259/2260/2261/2262/2263/2264/2265/2266/2267/2268/2269/2270/2271/2272/2273/2274/2275/2276/2277/2278/2279/2280/2281/2282/2283/2284/2285/2286/2287/2288/2289/2290/2291/2292/2293/2294/2295/2296/2297/2298/2299/2300/2301/2302/2303/2304/2305/2306/2307/2308/2309/2310/2311/2312/2313/2314/2315/2316/2317/2318/2319/2320/2321/2322/2323/2324/2325/2326/2327/2328/2329/2330/2331/2332/2333/2334/2335/2336/2337/2338/2339/2340/2341/2342/2343/2344/2345/2346/2347/2348/2349/2350/2351/2352/2353/23

EDAD	VACUNA	LOTE	FECHA	FIRMA
Nacimiento	BCG			
	Hepatitis B			
2 meses	Hepatitis B			
	DPaT-Hib-IPV			
	Neumococo Conjugado			
4 meses	Hepatitis B			
	DPaT-Hib-IPV			
	Neumococo Conjugado			
6 meses	Hepatitis B			
	DPaT-Hib-IPV			
12 meses				
	Varicela			
	Fiebre Amarilla			
18 meses	DPaT-Hib-IPV			
	Hepatitis A (2a dosis)			
	Neumococo Conjugado			
5 años	DPaT-IPV			
	Triple viral			

EDAD	VACUNA	LOTE	FECHA	FIRMA
Influenza	1a Dosis			
	2a Dosis			
	Dosis anual			
	Dosis anual			

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 12-sep-2016 HORA 08:26:30
EMPRESA SUB RED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Trabajador: Yadira Herrera Martinez
Edad 35 años 8 meses 1 día
Documento de Identificación: CC Número: 52461592
Cargo ENFERMERA



RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES
----------	-------	-----------	---------------

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Recomendaciones:

Otras Recomendaciones Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular, hábitos posturales adecuados, hábitos de vida saludable, uso de elementos de protección personal.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:

OSTEOMUSCULAR: Normal

REMISION A EPS?: NO

Apto PARA LABORAR EN ALTURAS

Aptitud Especifica:

Tipo de Restricciones:

☐ vehículos pesados	☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas	☐ Subir y bajar escaleras
☐ Equipos móviles de superficie	☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas	☐ Moviminetos repetitivos
☐ Manejo de sustancias peligrosas	☐ Ruido por encima de 85 db	☐ Vibración
☐ Manejo de materiales fundidos	☐ Trabajos por turnos	☐ Manipulación de cargas
☐ Guardas de equipos	☐ Exposición a la luz solar directa	☐ Tareas de agarre
☐ Aislamiento y/o inmersión	☐ Exposición a material particulado y/o gases	☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
☒ Trabajos de altura	☐ Exposición a radiación ionizante	☐ Agacharse, ponerse en cunclillas o voltearse repetidamente
☐ Operaciones de levante y manipulación de carga	☐ Trabajos en espacios confinados	☐ Manipulación de alimentos
☐ Manipulación de alimentos	☐ Posición sedente o bípeda prolongada	

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma

Henry Orozco Solano
Henry Orozco Solano
Med. Esp. Salud Ocup.
Reg. Med. 9052-26 - Licencia 10921

Nombre: HENRY OROZCO SOLANO

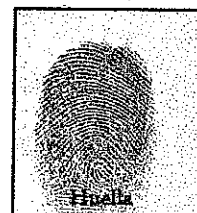
RM. 10921 Lic.SO:

Trabajador

Firma

Yadira Herrera Martinez
Nombre: Yadira Herrera Martinez

CC N° 52461592



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **Servisalud ocupacional IPS.**, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.**, me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara **Servisalud ocupacional IPS.**, para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a **Servisalud ocupacional IPS.**, para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

TRABAJADOR:

FIRMA:

NOMBRE:

C.C. N°:

Yadira Herrera H.
Yadira Herrera H.
52461892.



 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL				CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT							
FECHA:	23/03/18		CIUDAD:	Bogotá		DEPARTAMENTO:	Bogotá
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.							
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)							
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒	SERVIDOR PUBLICO	☐
OTRO	☐	CUAL:					
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Herrera		Martinez		Yadira			
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
CC ☒ CE ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		52461592		Bogotá		1999-01-27	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:	
11/01/81		Bogotá		Colombia		Colombia	
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☐ CASA ☐ DIVOR ☐ DO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		2		2		313 2016716	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐							Enfermería
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:	
C/ 49 F Sur 7-38		Bogotá		Bogotá		Colombia	
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA			
				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒			
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:	
						TELEFONO/FAX	
2. DATOS DEL CONYUGE							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Diaz		Giraldo		Juis		Alberto	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
CC ☒ CE ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		80243830		Bogotá		2000-09-08	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:							
ASALARIADO ☐		ESTUDIANTE ☐		HOGAR ☐		PENSIONADO ☐	
SOCIO ☐		CONTRATISTA ☒		COMERCIANTE ☐		EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		CUAL:	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		8692	
				SI ☒ NO ☐		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☐		AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☐		AGENTE AUTORETENEDOR	
						SI ☐ NO ☒	

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATEGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
☐ SI ☒ NO		☐ SI ☒ NO		Subred Integrada de Servicios de Salud c.o.	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ INDUSTRIA ☐		#NIT: 900959051-7	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: X			
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
Dig 34 5-43		344 4484		Bogotá	
CARGO ACTUAL		Enfermería		DEPARTAMENTO	
				Bogotá	
				PAIS	
				Colombia	
				FECHA VINCULACION	
				05-09-2016	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	
				DESCRIPCION ACTIVIDAD	
				FECHA CONSTITUCION	
				TIPO SOCIEDAD	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS	
\$ 0		600.000 \$ 0		\$ 0	
PENSIONES		ARRIENDOS		INVERSIONES	
3.100.000 \$ 0		500.000 \$ 0		\$ 0	
PAGOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	
\$ 0		\$ 0		\$ 0	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
\$ 0		700.000 \$ 0		\$ 0	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	
\$ 0		300.000 \$ 0		\$ 0	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		TOTAL ACTIVOS	
3.100.000		2.100.000		\$ 0	
				PASIVOS	
				SALDO HIPOTECA	
				\$ 0	
				TARJETAS DE CREDITO	
				\$ 0	
				DEUDA VEHICULOS	
				\$ 0	
				DEUDAS TERCEROS	
				\$ 0	
				OTROS PASIVOS*	
				\$ 0	
				TOTAL PASIVOS	
				\$ 0	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
Pojas		ZUA		Diana	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	
		Bogotá		Amigas	
				TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
				321 250 1623	
7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	
BBVA		Ahorro		074.063939	
				SUCURSAL	
				Las Aguas	
				TELÉFONO	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	
				PAIS/CIUDAD	
				MONEDA	
				MONTO PROMEDIO	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRO ☐					
CUAL:					
8. DECLARACION 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 aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 0091 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 entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
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 CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.					
5. Informare 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 CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE 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 CENTRO ORIENTE ESE 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 CENTRO ORIENTE ESE					



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO

FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011

VERSIÓN: 02

FECHA: 2017-08-22

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

Yadira Hennera Martinez

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

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

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</div>	<div>CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</div>
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante</p> <p>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p>Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante</p>		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p> <p>6. Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p>NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.		
CONSIDERACIONES		
<p>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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		
AUTORIZACION		
<p>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE 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 prestación de servicios de salud.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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 satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.</p> <p>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.</p> <p>5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.</p> <p>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.</p> <p>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 mí.</p> <p>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE 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 lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (<u>Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co</u>) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (<u>INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO</u>)</p>		



Certificado de Afiliación

La Señora Yadira Herrera Martinez , identificada con Cédula Ciudadanía 52.461.592, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

Información del Afiliado:

Nombre:	Yadira Herrera Martinez	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	52461592	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	15/10/2003	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Estado actual:	VIGENTES	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Dirección actual de residencia:	CALLE 49F N 7-38 SUR	Depto. Residencia:	Bogota D.C.
Teléfono actual de residencia:	2059562		

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52461592	HERRERA MARTINEZ YADIRA	22/02/2011	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	20152461592	MS	Thomas Díaz Herrera	22/08/2005	VIGENTES		HIJO

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 23 días del mes de Marzo de 2018, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.

CORDIALMENTE

NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO

Coordinador Nacional de Operaciones

Elaboro:



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **YADIRA HERRERA MARTINEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **52,461,592**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Marzo de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52 461.592

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Yadira

Primer Nombre

Segundo Nombre

Herrera

Primer Apellido

Martinez

Segundo Apellido

11 Enero 1981

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Cil 49F 7-38 sur

Dirección de Residencia

4636647

Teléfono Fijo

Cruz Blanca

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 3.100.000

Honorarios

Enfermera

Escriba su perfil tecnico o profesión

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

yherrera.acolectiva.hco@gmail.com

Correo Electrónico

313 2016716

Celular

Yadira Herrera Martinez

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 107561852



WEB

19:46:09

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 de marzo del 2018

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) YADIRA HERRERA MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52461592:

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 GONZÁLEZ
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.

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 23 de marzo de 2018, a las 19:50:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52461592
Código de Verificación	52461592180323195047

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 PULIDO



Bogotá D.C., 23 de Marzo de 2018 - 19:54 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) **YADIRA HERRERA MARTINEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y UN MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS** de BOGOTÁ D.C.

52461592

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 figuren 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.

ROSALBA JAZMIN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora de Jurídica (E)

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **3_J6Z7F_5419**

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>

Resultados de búsqueda X carpeta de papeles 2017 X Policía Nacional de Colombia X

Es seguro | <https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml>



 **POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**

[INICIO](#) [INSTITUCIÓN](#) [CONTÁCTENOS](#) [PREGUNTAS FRECUENTES](#)

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 20:07:52 horas del 23/03/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52461592

Apellidos y Nombres: HERRERA MARTINEZ YADIRA

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.

9. certificado laboral.pdf ^ certificado laboralpdf ^ 27. Certificado Eps.pdf ^ CertificadoCotizan....pdf ^ 28. certificado pen....pdf ^ [Mostrar todo](#) X

 ES 08:08 p.m. 23/03/2018



A QUIEN INTERESE

Nos permitimos certificar que **YADIRA HERRERA MARTINEZ**,
Identificado(a) con **CEDULA CIUDADANIA** No. **52,461,592** es cliente de nuestra sucursal
desde el pasado **08 DE JULIO DE 2009** y se encuentra vinculado a través de la
cuenta **DE AHORROS** No. **074 063934**, la cual se encuentra vigente y hasta la fecha ha
presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide el **12 DE SEPTIEMBRE DE 2016**, con validez para el territorio
Colombiano.

Atentamente,


SUC. BARRIO RESTREPO

AUXILIAR DE ATENCION AL CLIENTE

Sucursal **BARRIO RESTREPO**
BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA"