FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 14-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CASALINS	ESMERAL	NINI JHOJANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 36728790

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 19 MES JUL AÑO 1980

PAÍS: Colombia

DEPTO: Magdalena

CIUDAD: Aracataca

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CALLE 49A SUR No 11 ESTE - 70

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 3118113126

EMAIL: ninicasalins@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO: BACHILLER
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES: DICIEMBRE AÑO: 1997

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	9	X		FISIOTERAPIA	11	2019	1.590.RES-08-1249-03-06-05-03
Universitaria	9	X		FISIOTERAPIA	12	2002	1590 RES 08-1249-03-06-05-03

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
DISCAPACIDAD Y REGISTRO PARA	SENA	2019	40
SOCIEDAD DE ENFERMERAS PROFESIONALES	SEP	2018	6
INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA	SUBRED CENTRO ORIENTE	2018	30

Escaneado con Cam

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 14-ene-2021

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
SEMINARIO - ACTUALIZACION	HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA	2008	6
SEMINARIO	SOCIEDAD COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA	2002	12
DIPLOMADO	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SIMON BOLIVAR	2002	300
SEMINARIO	UNIRFI	2001	24
SEMINARIO	CORPORACIÓN UNIVERSITARIA SIMÓN	2000	15
SEMINARIO	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SIMON BOLIVAR	1998	2

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* WWW.SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO
TELÉFONOS 3444484	*FECHA DE INGRESO* DIA 6 MES 4 AÑO 2018		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* REHABILITACION		*DIRECCIÓN* DIAGONAL 34 # 5-43

Escaneado con Cam

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 14-ene-2021

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: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: WWW.SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 16 MES 4 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA*: TERAPIA FÍSICA	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 34 No.5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: TEMPORALES UNO A S.A.	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Pacho	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: NOMINA.TEMPORALESUNOA.COM	
TELÉFONOS: 433785	*FECHA DE INGRESO*: DIA 19 MES 1 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 6 MES 3 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA*: TERAPIA FISICA	*DIRECCIÓN*: CARRERA 16 No. 36 09	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO E.S..E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Pacho	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: HOSPITALPACHO@HOSPIPACHO.GOV.CO	
TELÉFONOS: 8540055	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 1 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: TERAPIA FISICA	*DEPENDENCIA*: aREA DE TERAPIA FiSICA	*DIRECCIÓN*: CALLE 9 No. 17 17 BARRIO Nariño	

Escaneado con Cam

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 14-ene-2021

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: COOTRANH C.T.A.	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Pacho	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: COOPTRANHCTA@HOTMAIL.COM	
TELÉFONOS: 3133488314	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 3 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 18 MES 1 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA*: TERAPIA FISICA	*DIRECCIÓN*: CALLE 6 No. 5 57 BARRIO LA	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: COOP ASESORES CTA	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Pacho	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: NO TIENE	
TELÉFONOS: 6088417	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 3 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA 28 MES 2 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO: FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA*: TERAPIA FISICA	*DIRECCIÓN*: CALLE 88 No. 22 19 POLO CLUB	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	2	0
Pública	7	8
Total	9	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Escaneado con Cam

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 14-ene-2021

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

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

Bogotá. 14. enero. 2021
Ciudad y fecha del diligenciamiento

NINT CASALINS E
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

630414

Escaneado con Cam

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 Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 14-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 36728790 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CALLE 49A SUR No 11 ESTE - 70 **Teléfonos** 3118113126 3118113126

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SHELLYAN LORENA MACIAS CASALINS	1073604115	Hijo(a)
LIDIS MARIA ESMERAL FANDIÑO ESMERAL	45463105	Madre
ALEX CASALINS LOPEZ CASALINS LOPEZ	19560569	Padre

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 37.277.462,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 37.277.462,00

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 Caja Social	Cuenta de ahorros	24103646851	oficina 0015 LA VICTORIA DE	$ 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
BANCO SERFINANZA	CREDITO	$ 700.000,00

PAGO DE VIVIENDA	ARRIENDOS	$ 400.000,00
GASTOS FAMILIARES	GASTOS FAMILIARES	$ 1.400.000,00

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

NINI CASALINS B

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

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

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 14 de ENERO de 2021

Cordialmente,

NINI CASALINS E.
C.C. 36.728.790 Reten - Magdalena.

Escaneado con Cam

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

A LOGRAR LA VISIÓN DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE

Nombre: NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

Documento: 36728790

Cargo: FISIOTERAPEUTA

Fecha: ENERO 2021

República de Colombia

Por autorización del Ministerio de Educación Nacional

La Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar

Aprobada por Resolución N° 2624 del 31 de Marzo de 1977 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 1318 de Noviembre 15 de 1972

Confiere el título de

Fisioterapeuta

A NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

con cédula de ciudadanía No. 36 728 790 de El Reten

En testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla a los 13 días del mes de Diciembre del 2002 y lo refrenda con las firmas y sellos de ley.

El Secretario General

El Rector

El Decano de la Facultad

Registrado en el Folio No 212 del Libro de Diplomas 12

Secretaria General de la Corporación

Scanned by CamScanner

Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar

y el

Instituto de Posgrados y Educación Continuada

Confieren el certificado de

Diplomado

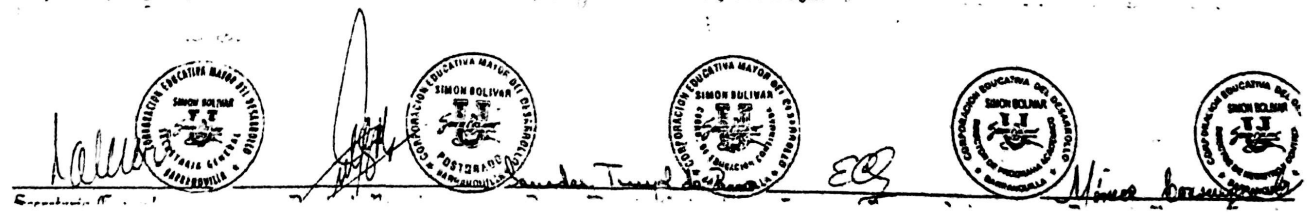
En: ONCOLOGIA

A: NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

con Cédula de Ciudadanía No. 36'729.790 de El Retén

Con una intensidad horaria de: 300 Horas

y en testimonio se expide el presente Certificado en Barranquilla a los 16 días del mes de Diciembre del 2002 y lo refrenda con las firmas y sellos de rigor.



Scanned by CamScanner

Corporación Educativa Mayor del Desarrollo
Simón Bolívar

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR, CON PERSONERIA JURIDICA SEGÚN RESOLUCION No 1318 DE NOVIEMBRE 15 DE 1972 FACULTAD DE FISIOTERAPIA

ACTA No. 006

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los 30 días del mes de octubre de 2002, en la Decanatura de la Facultad de Fisioterapia de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, se reunió el grupo de Examinadores de trabajos de grado, para evaluar al egresado **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL,** identificado con la cédula de ciudadanía No. **36.728.790** de **Reten** (**Magdalena**) en el Trabajo de Grado titulado:

APLICACIÓN DEL ACONDICIONAMIENTO FISICO MEDIANTE LA PERIODIZACION A LARGO PLAZO PARA MEJORAR LA FORMA DEPORTIVA DE LA SELECCIÓN MASCULINA DE BALONCESTO DE LA CORPORACION UNIVERSITARIA DEL LITORAL DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA DE FEBRERO 2001 – JUNIO DE 2002.

Por el tiempo reglamentario y de acuerdo con las normas de Grado, los Examinadores interrogaron sobre el tema presentado. Terminada la evaluación, la Egresada fue calificado con una nota de **5.00.** Actuaron como Examinadores **LILIANA OSORIO Y CENITH BARRAGAN GARCIA** y como Director **SILVANA BRETON ALTERIO**.

El día **DIECISEIS (16)** de **NOVIEMBRE** de 2002, en la Casa de la Cultura de América Latina de esta Institución, se reunió la Sala General y el Consejo de Gobierno, para otorgar por intermedio del Señor Rector(E) EUGENIO BOLIVAR ROMERO, el título de **FISIOTERAPEUTA**, al Sr.(a). **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL** habiéndosele tomado el juramento de rigor y se le hizo entrega del respectivo diploma que lo acredita como **FISIOTERAPEUTA.**

En constancia se extiende y se firma esta Acta FDO Doctor EUGENIO BOLIVAR ROMERO, Rector(E). FDO Doctor RAFAEL BOLAÑO MOVILLA. Secretario General. FDO Doctora **ESTELA CRISSIEN DE PEREZ**. Decano Facultad de Fisioterapia.

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

RAFAEL BOLAÑO MOVILLA
Secretario General

Barranquilla, 16 de diciembre de 2002.

Scanned by CamScanner

HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
DIRECCION CIENTIFICA
SUBDIRECCIÓN EDUCACIÓN MEDICA E INVESTIGACIÓN

SERVICIO DE FISIOTERAPIA

CERTIFICA QUE:

Nini Casalins

ASISTIÓ A LA

VI JORNADA DE ACTUALIZACION EN FISIOTERAPIA

Intensidad horaria 6 horas

Se firma en Bogotá D.C. a los tres (3) días del mes de Diciembre de dos mil ocho (2008)

Dr. GERMAN AUGUSTO GUERRERO GOMEZ
GERENTE

Dr. NELSON ARISTIZABAL ARISTIZABAL
DIRECTOR CIENTIFICO

Rosa Elvira Pulido B.
FT. ROSA ELVIRA PULIDO B.
COORDINADORA FISIOTERAPIA

Escaneado con Cam

Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar

Universidad Simón Bolívar

Educación Continua

Certifica:

QUE: NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

ASISTIO AL: SEMINARIO PORTAFOLIO DE SERVICIO DE FISIOTERAPIA

REALIZADO: Mayo 19 y 20 del 2000 INTENSIDAD: 15 Horas

Director Administrativo de Posgrado

Director Instituto de Posgrado

Director Educación Continua

Escaneado con Cam

Hoja de Vida

Nini Jhojana Casalins Esmeral

Corporación Educativa Mayor del Nororiente
Simón Bolívar

Carrera 59 Nº. 59-92
Tels.: 3444333 - 3441365
3686918 • Fax 3682892

LA FACULTAD DE FISIOTERAPIA

CERTIFICA:

QUE : NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

ASISTIO : AL SEMINARIO DE PROFUNDIZACION "GESTION ACTUAL DEL FISIOTERAPEUTA"

REALIZADO: 18 DE MAYO 1998 CON UNA INTENSIDAD DE 2 HORAS.

SIGLO SIMÓN

ESTELA CRISSIEN DE PEREZ
DECANA

MONICA GOMEZ DE POSSO
CONFERENCISTA

Escaneado con Cam

MD TRAINING

Certifica que:

NINI JOHANNA CASALINS

Asistió al Seminario de actualización

REHABILITACION Y READAPTACIÓN FUNCIONAL DE LESIONES DEPORTIVAS DE RODILLA

Realizado el día 3 de Septiembre de 2016 en el Auditorio de METROPOLIS U21 en Bogotá
(Duración 8 horas)

APOYA

ASCES
ASOCIACION COLOMBIANA DE EJERCICIO Y SALUD

www.asces.com.co

GARCIA

CESAR GIOVANNI GARCÍA C.
Director Científico- MD del Deporte
MD TRAINING

www.mdtraining.org

Escaneado con Cam

CERTIFICACIÓN

Subred Centro Oriente
Gestión del Conocimiento

II Congreso
Apoyo Terapéutico y Rehabilitación en Alta Complejidad Subred Centro Oriente

CASALINS ESMERAL NINI JHOJANA
C.C. 36.728.790

Asistió al II Congreso de Apoyo Terapéutico y Rehabilitación en la Alta Complejidad de la Subred Centro Oriente.
Realizado en la ciudad de Bogotá el día 28 de agosto de 2017.

MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

MARIA JULIANA ARAUJO ONATE
Jefe de Gestión del Conocimiento
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
Líder de Apoyo Terapéutico y Rehabilitación
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Escaneado con Cam

Certificación

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

CERTIFICA A:

NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

C.C. 36728790

Como asistente al

III CONGRESO DE APOYO TERAPÉUTICO Y REHABILITACIÓN
"UNA MIRADA DIFERENTE"

Con una intensidad horaria de 8 horas

El presente se expide a los **Veintiocho (28) días del mes de Septiembre de 2018**

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

María Juliana Araujo Oñate
[illegible] Oficina – Gestión del Conocimiento
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

María Esneda Rocha Gaona
Líder Apoyo Terapéutico y Rehabilitación
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Escaneado con Cam

SEP

Sociedad de enfermeras profesionales

Certifica Que:

NINI JHOANNA CASALINS

C.C. No 36.728.790

Asistió en calidad de Participante, al primer Simposio EXPECTATIVAS DEL CUIDADO CRÓNICO Y PALIATIVO 2018, Con una intensidad académica de 6 horas.

MARÍA ESMERALDA GUTIÉRREZ ESCOBAR
GERENTE

Se expide el presente certificado en Bogotá Colombia, a los 27 días del mes de Junio de 2018

Escaneado con Cam

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hace constar que

Nini Casalins

Con número de identificación: 36728790

ha completado el curso

Jornada de Actualización en Reemplazos Articulares

Centro de Convenciones AR - Calle113 No.7-80
Octubre 21 de 2016
Bogotá-Colombia

Dr. ROOSEVELT FAJARDO GÓMEZ
Director Educación y Gestión del Conocimiento
Fundación Santa Fe de Bogotá

NURY FERNANDA RODRÍGUEZ CELIS
Enfermera Jefe del Departamento
Ortopedia y Traumatología
Fundación Santa Fe de Bogotá

ELSA YOLANDA CARVAJAL HERMIDA
Directora Enfermería
Fundación Santa Fe de Bogotá

Dr. JUAN CARLOS GONZÁLES
Jefe Departamento Ortopedia y
Traumatología
Fundación Santa Fe de Bogotá

Escaneado con Cam

REDU - Subred Centro Oriente

Hace constar que

NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

ha completado el curso

Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral

19 de diciembre de 2018

Martha Yolanda Ruiz Valdes
Gerente
Sub Red Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Horas de crédito: 30

Escaneado con Cam

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

Con Cedula de Ciudadania No. 36728790

Cursó y aprobó la acción de Formación

CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Ibagué. a los dieciocho (18) días del mes de noviembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

JORGE ENRIQUE MONTEALEGRE HERNANDEZ
Subdirector
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

64276092 - 18/11/2019
FECHA REGISTRO

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 9226002018652CC36728790C.

Escaneado con Cam

Certifica que:

NINI JOHANA CASALINS ESMERAL

C.C. 36728790

Participó en la:

"CAPACITACIÓN EN HUMANIZACIÓN DE SERVICIO EN SALUD"

Con una duración de 8 horas.
Se expide en Chía, a los 09 días del mes de diciembre de 2020.

GLORIA CARVAJAL CARRASCAL
Decano Facultad de Enfermería y rehabilitación
Universidad de La Sabana

MARTHA ROCÍO GONZÁLEZ BERNAL
Decano Facultad de Psicología
Universidad de La Sabana

VIGILADA MINEDUCACIÓN

KOICA Agencia de Cooperación Internacional de Corea

OPS Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud Américas

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

"Esta capacitación ha sido posible gracias a la contribución de KOICA y la OPS"

Beneficiario 53200

Escaneado con Cam

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL 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:

FISIOTERAPEUTA

Cordialmente;

Firma NINI CASALINS E.

No. de documento: 36728790

Tarjeta profesional No: 36728790

Dirección de contacto: CALLE 180 # 11-20

Teléfono: 311 8113126

COOPTRANH C.T.A.
APOYO TECNICO HOSPITALARIO COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) NINI JHOJANNA CASALINS ESMERAL con C.C. No 36728790 realizo Actividades como Fisioterapeuta a partir del primero (01) de marzo de 2010 hasta el dieciocho (18) de enero de 2011 en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO.

Se expide a solicitud del interesado (a) a los veinte (20) dia del mes de Enero de dos mil once 2011

MARIA TERESA VARGAS
GERENTE

CALLE 6 No. 5 - 57 - Barrio La Esperanza - Cota
TEL.: 8641488 - CEL.: 313348 8314 - 3138529535
E-mail:cooptranhcta@hotmail.com

Regresar

TEMPORALES UNO-A S.A

CERTIFICACION

Por medio de la presente me permito certificar que la señora CASALINS ESMERAL NINI JHOHANA Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 36.728.700 de EL RETEN, labora en misión para el usuario en servicio EGE GR PACHO TERAPIAS, desde el día 7 de marzo de 2011, desempeñando el cargo de FISIOTERAPEUTA, con un salario de $1,100,000.00 Mcte, mas un subsidio de Transporte de: $ 63,600.00 Mcte, mas un promedio de horas extras por un valor de $2,083.00 Mcte, mas un promedio de recargos por un valor de $57,483.00 Mcte

Adicionalmente el empleado registra un historial de contratos así:
Desde el dia 19 de enero de 2011, hasta el 6 de marzo de 2011, en

Tipo de contrato firmado: Obra o Labor Contratada.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 06 días del mes de Septiembre de 2011.

LILIANA LEAL GUTIÉRREZ
DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA

Este documento digital cumple con el artículo 2º de la Ley 527 de 1999

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 se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL** identificada con CC. N° 36.728.790, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

AS 1454 2015	del	16 al 30 de abril de 2015
AS 1515 2015	del	05 de mayo al 31 de agosto de 2015
AS 1869 2015	del	07 de septiembre al 30 de noviembre de 2015
AS 2837 2015	del	14 al 31 de octubre de 2015
AS 3052 2015	del	06 al 30 de noviembre de 2015
AS 3634 2015	del	01 al 31 de diciembre 2015
AS 0005 2016	del	01 de enero de 2016 al 09 de enero de 2017
PS-3391-2017	del	06 de abril de 2017 EN EJECUCION

Con orden de prestación de servicios vigente PS-3391-2017, honorarios promedio mensuales ($2.044.400).

OBJETO CONTRACTUAL:
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN TERAPIA FÍSICA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Realizar evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficiencia en su sistema osteomuscular y neurológico. 2. Asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos en consulta externa. 3. Valorar a los pacientes de recién nacidos básicos, intermedios e intensivos, pediatría, ala a, medicina interna, urgencias y UCI adultos a quienes se les ha solicitado interconsulta. 4. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados. 5. Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados. 7. Asesorar en lactancia materna a pacientes hospitalizadas en el área de ginecología. 8. Realizar consejería sobre estimulación adecuada para el neurodesarrollo del niño. 9. Realizar sesión educativa a las madres y padres pertenecientes al programa canguro.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 29 días del mes de septiembre de 2017.

HOSPITAL San Rafael DE PACHO

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

CERTIFICA QUE:

Que, **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL** Identificada con cedula de ciudadanía No. 36.728.780 presta sus servicios profesionales de Fisioterapeuta en esta Institución así:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS del 02 de Enero de 2012

HONORARIOS: UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA MIL PESOS MCTE ($1470.000)

Expedida en Pacho a los treinta (30) días del mes de Marzo de dos mil doce (2012).

ADRIANA ISABEL RODRIGUEZ CASTILLO
Subgerente Administrativo

Ajustó: Dra.: Adriana R.
Revisó: Dra.: Adriana R.
Elaboró: Mónica Gómez

Calle 9 No. 17-17 Barrio Nariño Pacho Cundinamarca Teléfono (1) 8540055 - 8540185 Fax: (1) 8540315 Cel: 3143345223
web: www.hospipacho.gov.co E: mail: hospitalpacho@hospipacho.gov.co - hpacho@cundinamarca.gov.co

Cundinamarca Calidad de Vida

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Santa Clara

NIT 860.020.189 - 1
ÁREA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **CASALINS ESMERAL NINI JHOJANA**, identificado con cédula de ciudadanía **36.728.790**, ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con esta institución así:

AS 1454 2015	del	16 al 30 de abril de 2015
AS 1515 2015	del	05 de mayo al 31 de agosto de 2015
AS 1869 2015	del	07 de septiembre al 30 de noviembre de 2015
AS 2837 2015	del	14 al 31 de octubre de 2015
AS 3052 2015	del	06 al 30 de noviembre de 2015
AS 3634 2015	del	01 al 31 de diciembre 2015
AS 0005 2016	del	01 de enero al 3 de agosto de 2016

Con Orden de Prestación de Servicios vigente AS 0005 2016, plazo de ejecución del 01 de enero al 3 de agosto de 2016, honorarios promedio mensuales ($2.333.688) y cuyo objeto es PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO TERAPEUTA FISICO.

Se expide la presente certificación a los veinte (20) días del mes de abril de dos mil diez y seis (2016) a solicitud del interesado.

NUBIA YANNETH OSTOS BUSTOS
Profesional Especializado Talento Humano

		ELABORÓ	
FIRMA			
NOMBRE		Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO		Profesional Talento Humano	

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D. C
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Centro Oriente E.S.E.

CER-004766-2019
Codigo:24F043A9E0

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL, identificado(a) con CC. No. 36728790, presta sus servicios de manera personal y autónoma 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 CTO.
PS 1363 2019	01/02/2019	31/12/2019	$26.567.328

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO

Contrato PS 1363 2019: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICION DE TERAPEUTA RESPIRATORIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES ENY DEMAS ASIGNADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA , CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Contrato PS 1363 2019:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES ENY DEMAS ASIGNADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA , CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 05 de Diciembre de 2019.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

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

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Adonay Neira Joiro – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Lidia Mayorga Lancheros - Referente OPS

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL, identificado(a) con CC. No. 36728790, presta sus servicios de manera personal y autónoma 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 CTO.
PS 1363 2019	01/02/2019	31/12/2019	$26.567.328
PS 0106 2018	10/01/2018	31/01/2019	$32.994.000
PS 3391 2017	06/04/2017	09/01/2018	$21.434.100

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO

Contrato PS 1363 2019: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES ENY DEMAS ASIGNADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA , CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Contrato PS 0106 2018:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA FISICA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Contrato PS 3391 2017:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN TERAPIA FÍSICA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 05 de Diciembre de 2019.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

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

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Adenay Neira Jojro – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Lidia Mayorga Lancheros - Referente OPS

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL, identificado(a) con CC. No. 36728790, presta sus servicios de manera personal y autónoma 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 CTO.
PS 2341 2020	01/02/2020	31/01/2021	$37.277.462

Contrato PS 2341 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA FISICA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 24 de Diciembre de 2020.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

MARY ISABEL CORREA GALLARDO
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36728790**

CASALINS ESMERAL
APELLIDOS

NINI JHOJANA
NOMBRES

NINI CASALINS E.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-1980**
ARACATACA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **AB-** G.S. RH | **F** SEXO

13-ENE-2000 EL RETEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-2103000-32081934-F-0036728790-20010905 **00664** 01246N 02 085384143

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUT

001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14408001094

(415)7707212489984(8020) 000001440800109 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 6 7 2 8 7 9 0 — 7

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadanía 13	3 6 7 2 8 7 9 0	2 0 0 0 0 1 1 3

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Magdalena 47	El Retén 268

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASALINS	ESMERAL	NINI	JHOJANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 91 19 A 29

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ninicasalins@gmail.com		3 1 1 8 1 1 3 1 2 6	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 0 6 0 3 1 5	8 6 9 2	2 0 1 2 0 3 0 1	8 2 9 9			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

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	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 3 1 5

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 13 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante.

NINI CASALINS G

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: VELANDIA PIMIENTO MARIA DEL CARMEN
985. Cargo: Analista V

Fecha generación documento PDF: 15-03-2017 10:15:04AM

DOCUMENTO NO CERTIFICADO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

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 18/12/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 36728790	NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 91 19A 29 AP 303 Teléfonos: 3118113126

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

Fecha de Inscripción: 18/12/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

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

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 02/02/2015 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2: 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 3: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (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 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Fuente: RIT-SHD

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud del Atlántico

GOBERNACION DEL ATLANTICO
SECCION DE REGISTRO Y ACREDITACION

NOMBRE: NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

C.C. No. 36.728.790 Exp. en: RETEN

Profesión: FISIOTERAPEUTA

Inscripciones No. 1.590.RES 08-1249-03-06-05-03

Barranquilla, MAYO 14 DE 2003



Secretaría Distrital de Salud
VIGILANCIA Y CONTROL

NINI CASALINS E.

(FIRMA DEL PORTADOR)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

NINI JHOJANA
CASALINS ESMERAL
C.C. 36728790

FISIOTERAPEUTA

Expedicion 04/07/2012

Identificación Plastica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

SECRETARIA DE SALUD

DESPACHO DEL SECRETARIO

Carrera 45 entre Calles 39 y 40 •Teléfonos 3 402 218 - 3 403 662
•E-mail dasalud@gobatl.gov.co

RESOLUCIÓN NUMERO 08 - 001249 **DE 2003**

(06 MAYO 2003)

" Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio Profesional "

EL SECRETARIO DEL DESPACHO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ATLÁNTICO

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y

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

Que **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL** ,identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 36.728.790 expedida en El Reten, ha solicitado Autorización del Ejercicio profesional como **FISIOTERAPEUTA** , según **TITULO** que le otorgo la **UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR** , el día 16 de noviembre de 2002 ,según acta de Grado No 006

R E S U E L V E

ARTICULO UNICO: Autorizar a **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 36.728.790,expedida en El Reten,para ejercer la profesión de **FISIOTERAPEUTA** en el Territorio Nacional

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE, Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 06 MAYO 2003

JAIME ESCOBAR OROZCO
Secretario de Despacho

MEM

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 2605 DE 2007

(**15 JUN 2007**)

"Por la cual se inscribe un titulo en el area de la salud".

LA SECRETARIA DE SALUD (E)

En uso de la facultad concedida por la Resolución No. 8211 de Julio 15 de 1989 y Decretos No.1875 de Agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.36.728.790 DE EL RETEN-MAGDALENA,** ha solicitado inscripción para ejercer la profesión como **FISIOTERAPEUTA, TITULO** que le otorgó **LA CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR, BARRANQUILLA-ATLANTICO, SEGÙN ACTA DE GRADO No.006, DE FECHA 16 DE NOVIEMBRE DE 2002.**

Que **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL,** se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer la profesión como **FISIOTERAPEUTA,** a Nivel Nacional, mediante **Resolución No.001249 DEL 6 DE MAYO DE 2003,** expedida por **LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL ATLANTICO.**

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.36.728.790 DE EL RETEN-MAGDALENA,** para ejercer la profesión como **FISIOTERAPEUTA,** en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **15 JUN 2007**

ADRIANA MARCELA GAITAN RODRIGUEZ
Secretaria de Salud (E)

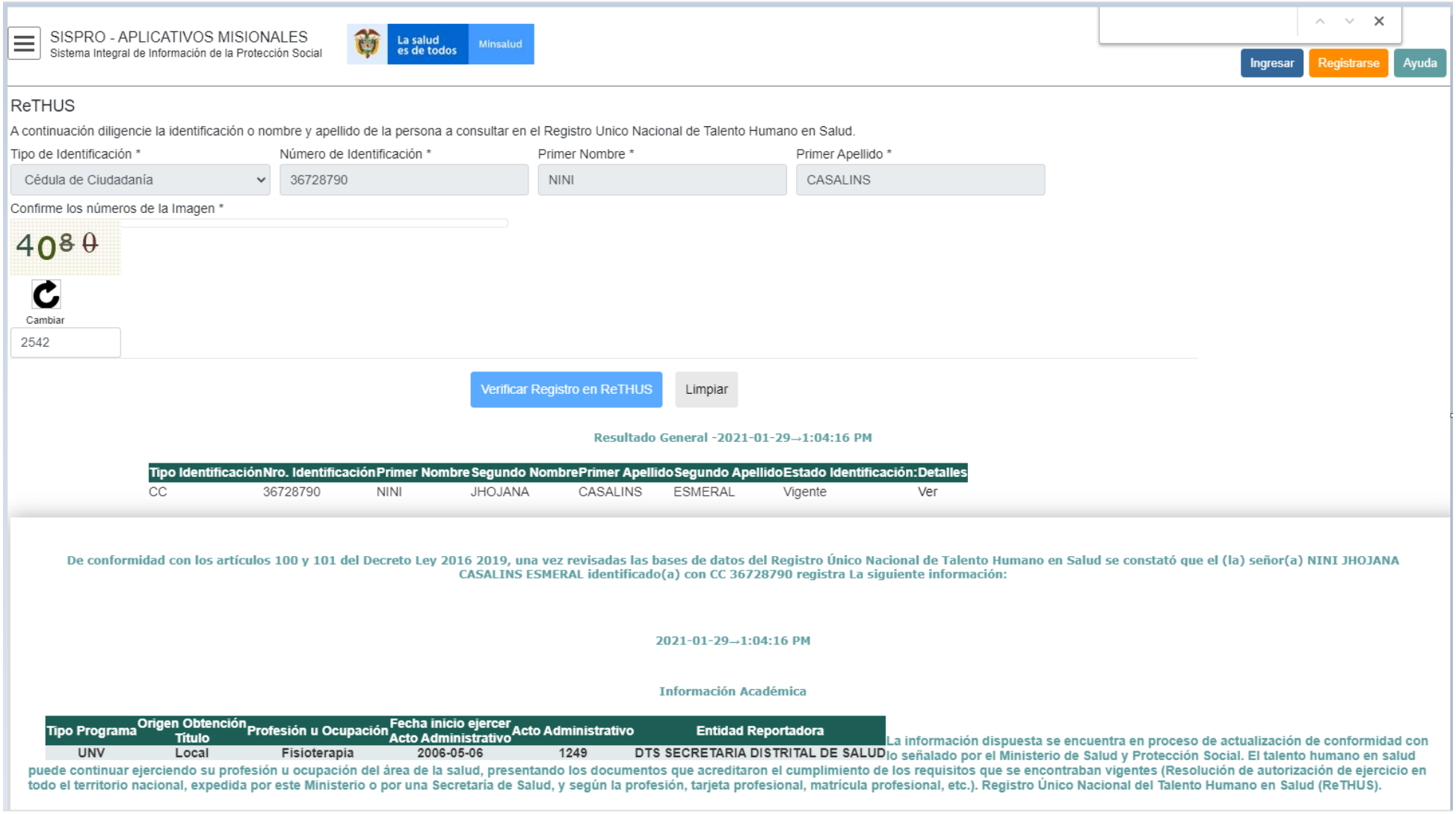
Vo.Bo. DRA. MARIA ISABEL SERRANO RANGEL
Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos

Vo.Bo. Dirección Desarrollo de Servicios

Proyectó: Alcira Romero

CUNDINAMARCA
Es tiempo de crecer

Scanned by CamScanner



SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

La salud es de todos | Minsalud

Ingresar | Registrarse | Ayuda

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 *	Número de Identificación *	Primer Nombre *	Primer Apellido *
Cédula de Ciudadanía	36728790	NINI	CASALINS

Confirme los números de la Imagen *

4080

Cambiar

2542

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2021-01-29→1:04:16 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36728790	NINI	JHOJANA	CASALINS	ESMERAL	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL identificado(a) con CC 36728790 registra La siguiente información:

2021-01-29→1:04:16 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Fisioterapia	2006-05-06	1249	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).

VACUNACIÓN CON SARAMPIÓN RUBÉOLA - FIEBRE AMARILLA
PARA MUJERES EN POST PARTO - POST ABORTO
* PLAN DE ELIMINACIÓN DE LA RUBÉOLA CONGÉNITA AÑO 2005
VACUNACIÓN HOMBRE Y MUJERES 14 A 39 AÑOS

FECHA APLICACIÓN	No. LOTE	LABORATORIO	NOMBRE Y FIRMA DEL VACUNADOR	SARAMPIÓN RUBÉOLA	FIEBRE AMARILLA

* NO SOPLUMO ESTÁ EMBARAZADA NO DEBE APLICARSE LA VACUNA SARAMPIÓN RUBÉOLA

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

CARNET DE VACUNACIÓN ADOLESCENTE Y ADULTO

NOMBRES: Nini Johana
APELLIDOS: Casallas
FECHA DE NACIMIENTO: 19 Julio 80
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Pacho.
TELÉFONO RESIDENCIA: 3118031537.
DIRECCIÓN RESIDENCIA: U. las Palmas.
IPS PRESTADORA: Hospital San Rafael

VACUNACIÓN CON TOXOIDE TETÁNICO/ DIFTÉRICO

PARA EMBARAZADAS Y MUJERES DE 10 A 49 AÑOS

DOSIS	FECHA APLICACIÓN	No. LOTE	LABORATORIO	NOMBRE Y FIRMA DEL VACUNADOR
1ª Dosis HOY	HEPATITIS B.			
2ª Dosis al MES de la 1ª dosis.	1º Sep 13/07	Hepavax	0930035	
3ª Dosis a los 6 MESES de la 2ª dosis.	2º octubre 13/07			
4ª Dosis al AÑO de la 3ª dosis.	3º			
5ª Dosis al AÑO de la 4ª dosis.			Yenny Mahecha V. Aux. Enfermería Vacunación	

Scanned by CamScanner

Escaneado con Cam

POSITIVA

HEATH JIRETH

SEGURIDAD SOCIAL - SALUD OCUPACIONAL

Calle 163A No. 20-90 Bogotá, D. C. - Colombia
Tel.: 678 2272 • Cel: 320 699 1326
heathjireth@hotmail.com

Nombre NINI Rosalina Esmeral

Doc. de Identificación 36728790

Inmunizante H B

DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	FIRMA
1	04-07-2012	

Scanned by CamScanner

Escaneado con Cam

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Nini Shadani
Apellidos: Cuellar Esmeral
Documento de Identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36728790
Fecha de Nacimiento: Día. 19 Mes. 07 Año. 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2	04 julio 2012	024L90091	
	3	04 Enero 2013.		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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

Escaneado con Cam

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

11510026

Nombre	**CASALINS ESMERAL NINI JHOJANA**		
Identificación	CC 36728790	Tel.	3118113126~ -
Edad	40 Años 5 Meses 27 Dias	Sexo	F
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	0115007045-LA VICTORIA-CONSULTA EXTERNA		

Fecha de recepción:	15-ene-2021 11:36 pm
Fecha de impresion:	19-ene-2021 1:36 pm
Empresa	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTR(
Sede	REFERENCIA
Fecha Validación	18-ene-2021 4:30:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	**MAYOR DE 1000**	mUI/mL	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

DIEGO CHAVARRO MORENO
CC 1.012.394.740
BACTERIOLOGO

RAFAEL BARACALDO AYALA
CC. 1.018.490.860
MEDICO PATOLOGO

Escaneado con Cam

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
ampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
	1			
	2			
xoide Tetánico - Diftérico (Td)	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
	1			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	31 Julio 20	AFLBA442AM	victoria
Pneumo 23		31 Julio 20	5014391	victoria

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Nini Casalins.

Apellidos: Esmeral

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 36728790

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 07 Año 1980

Escaneado con Cam

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL
Tipo de Documento:	CC **Documento** 36728790
Sexo F **F. Nacimiento:**	19/07/1980 **Edad:** 39 Años
Entidad:	PARTICULAR/SUR
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	FISIOTERAPEUTA
Fecha de Atencion:	2019-12-17
Fecha y Hora entrega resultados:	17/12/2019 3.53 PM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de PRE INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

VALORACION OPTOMETRICA. ANUAL - USO DE CORRECCIÓN VISUAL.
OTRAS: CONTROL MEDICO PERIODICO.

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): JAIME ARTURO PORRAS RM: 14377/2015

Firma y sello del Médico Evaluador

NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL
C.C 36728790
Firma del trabajador Evaluado

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

NINI CASALINS E.

C.C.: 36728790

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) dias del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

José Alfredo Morales Diaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

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

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: 03
FECHA: 2018-12-31

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:	enero 2021	CIUDAD:	BOGOTÁ DC.	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ DC.

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter 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 Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CASALINS	ESMERAL	NINI	JHOJANA

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	36.728.790	RETEN-MAGDALENA		13/01/2000
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI		NO

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
19/07/1980	ARACATACA	MAGDALENA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)	DEVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)	1	1	3118113126

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)					PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA	BACHILLER	TECNICO	TECNOLOGO	CUAL:	FISIOTERAPEUTA
UNIVERSITARIO x	POSTGRADO	MAGISTER	OTRO x		

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 49 A SUR # 11 ESTE 70	BOGOTÁ DC.	BOGOTÁ DC.	COLOMBIA	3118113126

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
ninicasalins@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)	
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP					
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	NO	NACIONALIDAD:	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

ASALARIADO	CONTRATISTA X	PENSIONADO	ESTUDIANTE	SOCIO	PROFESIONAL INDEPENDIENTE
HOGAR	COMERCIANTE	EMPLEADO SOCIO	EMPLEADO PUBLICO	OTRA:	CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
		SI		SI		SI	PRINCIPAL: 8699	SECUNDARIA: 8692
		NO X		NO X		NO X		

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO X	AGENTE RETENEDOR	SI	NO X	AGENTE AUTORETENEDOR	SI	NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT

Escaneado con CamScanner

SI NO X	SI NO X	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						900959051-7
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD X	ENERGIA	ALIMENTOS		
EXPORTACIONES	FINANCIERA	MEDICAMENTOS	AGROPECUARIA	INDUSTRIAL	TECNOLOGIA	OTRA :		
DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS				
Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC	3.444.484	BOGOTÁ DC.	BOGOTÁ DC.	COLOMBIA				
CARGO ACTUAL	FISIOTERAPEUTA	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	01-01-2016					

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1.400.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	2.592.458	ARRIENDOS	400.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	700.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2.592.458	TOTAL EGRESOS	1.800.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	700.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

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	SEGUNDO NOMBRE
MALDONADO	BARBOSA	PAULA	ASTRID
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CLL 54 A SUR 31-66	BOGOTA	AMIGO	3108577429

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA DE AHORRO	24103646851	LA VICTORIA	3077060

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO X (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION	EXPORTACION	TRANSFERENCIA	PAGO SERVICIOS	PRESTAMO	OTRO	CUAL:	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE		CORRESPONDECIA	PUBLICIDAD ENTIDAD	MERCADEO	INTERNET	BASE DE DATOS	EVENTOS
OTRA	CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO	INVITACION A COTIZAR	PORTAL WEB SUBRED X	LLAMADA TELEFONICA	PORTALES EMPLEO

9. 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 aquí 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 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 CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

FISIOTERAPEUTA

Escaneado con CamScanner

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la 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 licitas.
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 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, modifiquen las declaraciones por mi 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.

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
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 Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. 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 PROVENIENTES 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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.

Declaro expresamente:
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.
B. Que la ESE 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 ESE 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 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) Envió 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.

Escaneado con CamScanner

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la 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 medica, 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 juridica 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.
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 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 capitulo 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.
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 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, transfieran, 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 ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

11. FIRMA Y HUELLA

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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

NINI CASALINS E

Firma Cliente / Representante Legal



Huella índice derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA				**13. VERIFICACION DE LA INFORMACION**			
1.Fecha y Hora:		**2. Ciudad**		**1. Fecha y Hora:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario Subred				**3. Nombre y Cargo (Contraparte)**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO	RECHAZADO		**6. Firma y No Cédula:**			
7. Firma y Cédula				**7. Nombre Apellidos Funcionario Subred**			
8. Proceso Responsable Subred				**8. Proceso Responsable Subred**			

Escaneado con CamScanner

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Puntos totales 100/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

NINICASLINS@GMAIL.COM

Documento de Identidad *

36728790

Nombres y apellidos *

NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

Número de contacto *

3118113126

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL identificado con CC 36728790 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: **04/05/2015**

IPS Cotizante: **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO FONTIBON**

Categoría: **A**

Estado: **ACTIVO**

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
SHELLYANN LORENA MACIAS CASALINS	TI 1073604115	CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD CAFAM BARRANQUILLA - SOLEDAD	BENEFICIARIO	21/10/2020	ACTIVO

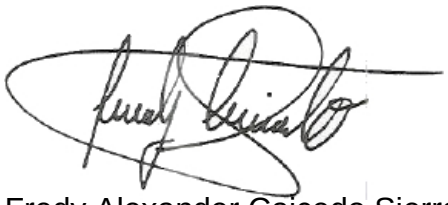
La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 24 días del mes de diciembre del año 2020 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36728790,** se encuentra afiliado/a desde **13/12/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de diciembre de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-024 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

36.728.790		BOLIVAR
Numero de Documento		ARL

NINI	JHOJANA	CASALINS	ESMERAL
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

19/7/1980	ARACATACA	CALLE 49 A SUR N 11 ESTE -70	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

FAMISANAR	COLPENSIONES	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

ninicasalins@gmail.com	311 8113126
Correo Electrónico	Celular

NINI CASALINS E
Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 5046298

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 156779570

WEB
07:39:11

Bogotá DC, 24 de diciembre 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) NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 36728790:

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 jueves 24 de diciembre de 2020, a las 07:40:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	36728790
Código de Verificación	36728790201224074052

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4072065

Bogotá D.C., 24 de Diciembre de 2020 - 7:43 am

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) **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS NOVENTA** de EL RETEN

36728790

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_T8DRH_427
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


Gmail: el correo electrónico de G
Recibidos (1.020) - ninicasalins@
Antecedentes Policía | Certificado
Policía Nacional de Colombia
antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:45:53 horas del 24/12/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 36728790
Apellidos y Nombres: CASALINS ESMERAL NINI JHOJANA
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.
Volver al Inicio
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.
Escribe aquí para buscar
ESP
7:46 a. m.
24/12/2020

Banco Caja Social

FUNDACION GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL *Identificado con* *CC36728790*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0015 LA VICTORIA, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24103646851*
Fecha de Apertura	:	*13 de enero de 2021*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE
Realizada en la oficina 0015 LA VICTORIA de la ciudad de BOGOTA, el día miércoles, 13 de enero de 2021.

Cordialmente,

Efectuado por:
A6L7R5O4 - ANDRES FELIPE LOPEZ ROZO

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

Establecimiento Bancario

Noviembre 2013 Ver 2.00

Escaneado con Cam