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: 10-mar-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ALBARRACIN	ARCHILA	JUDY CARINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52348848

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 9 MES SEP AÑO 1977

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 74 #94 87 casa 1

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9311370

EMAIL judyalbarracin@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 COMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1994
										X	

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*
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA CLINICA	3	2017	027638
Universitaria	9	X		TERAPIA RESPIRATORIA	11	2000	52348848

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Capacitación en Humanización de Servicios en	Universidad de la Sabana	2020	8
Capacitación en primeros auxilios psicologicos y	Universidad de la Sabana	2020	6
Programa especifico de Capacitación en	Universidad del Rosario	2020	2

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Retos del Soporte Respiratorio en el Paciente	Fundacion Sana Fe de Bogotá	2020	15
Curso virtual de Terapia de Alto Flujo de Oxigeno	CognoSalud	2020	120
Soporte Respiratorio Básico y Avanzado ECOVI-19	Fundación INSIMED	2020	10
SOPORTE VITAL AVANZADO	FUSDESA	2019	100
Medicina de la Donación para trasplantes: Líder de	Secretaria Distrital de Salud de Bogotá	2019	46
Diplomado en UCIA-Unidad de Cuidados Intensivos	politecnico de SURAMERICA	2018	120
Simposio UCI 10 años cuidando la vida	Clinica de la Mujer	2017	8
II congreso Apoyo Terapeutico y Rehabilitacion	Subred Centro Oriente E.S.E	2017	8
Atencion integral en salud de victimas de violenci	Subred Centro Oriente E.S.E	2016	20
ENTRENAMIENTO DE TERAPIA RESPIRATORIA	FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA	2004	1152

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
inglés			X			X			X

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*
TELÉFONOS 3282828 / 2880519	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 1 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA RESPIRATORIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD SANTA CLARA CUIDADOS		*DIRECCIÓN* Calle 14 B # 1-45 sur

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: 10-mar-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL MILITARCENTRAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	servicioalcliente@hospitalmilitar.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3286868	DIA 6 MES 6 AÑO 2014	DIA 30 MES 11 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TERAPEUTA RESPIRATORIA	UCI NEONATAL	TRANSVERSAL 3 No. 49 00

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 10 MES 8 AÑO 2010	DIA 9 MES 1 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TERAPEUTA RESPIRATORIA	UCI ADULTOS	CARRERA 14B No. 1 54 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Clinica Servimedicos		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Meta	Villavicencio	cooperativaunionsalud@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6727255	DIA 23 MES 9 AÑO 2004	DIA 30 MES 6 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Terapeuta Respiratoria UCI A	Cuidados intensivos Adultos	calle 33 # 40A- 61

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: 10-mar-2021

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	5	9
Pública	10	7
Total	16	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá. 10 Marzo 2021

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 10-mar-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52348848 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección calle 74 #94 87 casa 1 **Teléfonos** 3115389097 9311370

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIELA ARCHILA DE ALBARRACIN	41648126	Madre

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 35.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 35.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	008480362394	20 de julio	$ 10.000.000,00

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
CLARO	TELEFONIA Y TRIPLE PLAY	$ 226.600,00
COMPENSAR	PLAN COMPLEMENTARIO	$ 88.800,00
MARIELA ARCHILA	SERVICIOS	$ 800.000,00

OTROS	otros	$ 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 C.C○ C.E○ T.I.○	NÚMERO DOCUMENTO

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 10-mar-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 07 de Enero de 2021

Cordialmente,

Judy Carina Albarracin Avchila
C.C. 52.348.848 de Bogotá

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:

_____

_____

_____

Nombre: Judy Carina Albarracin Archila

Documento: 52.348.848 de Bogotá

Cargo: Terapeuta Respiratoria

Fecha: 07-Enero-2021

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio de la Presentación
Las Ferias

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 17604 del 8 de Noviembre de 1984

Confiere a :

Judy Carina Albarracin Arekila

T.I. 770909-08734 de Bogotá

el Título de:

Bachiller Comercial

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

Rector

Secretario

Visual Laser Ltda.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 3 de Diciembre de 1994

REPUBLICA DE COLOMBIA

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN
"U M B"

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A

Judy Carina Albarracin Archila

C.C. No. 52'345.646 de Santafé de Bogotá D.C.

EL GRADO

Profesional en Terapia Respiratoria

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES
QUE LE ACREDITAN PARA EJERCER LA PROFESION

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA
CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA.

A LOS 03 DIAS DEL MES [illegible] DE 2000

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECTOR DE CARRERA



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Judy Carina Albarracín Archila

C.C. 52348848 de Bogotá D.C.

EL TÍTULO DE

Especialista en Auditoría Clínica

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 24 DÍAS DEL MES MARZO DE 2017

RECTOR

DIRECTOR DE PROGRAMA

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL

Libro de Registro No. 22
Acta de Grado No. 320
Folio No. 126
Registro Profesional No. 027638

04686

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO DE LA PRESENTACION
LAS FERIAS
CRA 64 No. 76-40
TEL. 2400353
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

Inscripción S.E. 485 Inscripción Dane 311001-01087

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C. los tres (3) días del mes de Diciembre de 1994 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Directora y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO DE LA PRESENTACION LAS FERIAS Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller Comercial según Resolución No. 17604 del 8 de Noviembre de 1984.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedió a otorgar el Título de Bachiller Comercial, a la graduanda cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Judy Carina Albarracín Archila
T.I. 770909-08734 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 11 del 3 de Diciembre de 1994 que consta de 211 alumnas; que comienza con el nombre de ACERO CORREA YUDY y se cierra con el nombre de ZAPATA RODRIGUEZ HILDA ROCIO

Firmada y sellada por HNA. LIGIA VALLEJO TOBON (Directora)
y HNA. MARIA BEATRIZ (Secretaria).

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a tres (3) de Diciembre de 1994.

El Diploma y el Acta Individual de Grado estan exentos del Registro en la Secretaría de Educación, según el Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994 del Ministerio de Educación Nacional.

Firmada y Sellada

HNA. LIGIA VALLEJO TOBON
Directora
C.C. 20.003.961 de Bogota

HNA. MARIA BEATRIZ
Secretaria
C.C.20.002.834 de Bogotá

VISUAL LASER LTDA

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 350 LIBRO No. 2 FOLIO No. 200

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS. CONSIDERANDO QUE:

JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA

C.C.No. 52.348.848 SANTAFE DE BOGOTA. D.C

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN U.M.B. Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 5 DIAS DEL MES DE 11 DE 2000

RECTOR

VICERRECTOR ACADEMICO

SECRETARIO GENERAL

DECANO ABC

No. 5737

La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

JUDY CARINA ALBARRACIN

C.C.52348848

Participó en el Curso Virtual:

Medicina de la Donación para Trasplantes: Líder de la Gestión Operativa de la Donación

Con una intensidad horaria de 46 horas
Bogota,2019



LUIS GONZALO MORALES SÁNCHEZ
Secretaria Distrital de Salud

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE SURAMERICA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016
de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N 21-542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA

Con Documento de Identidad No 52348848

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN UCIA-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – MAYO – 13 DE 2018

Registrado en el Libro de Actas No 0020180513

CÓDIGO DE SEGURIDAD 1805138

POLITÉCNICO DE SURAMERICA

DANIEL M. TREJOS
Rector

ESTEFANNY PORRAS
Secretaria Académica

www.politsura.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada ingresando a la página Web de la Institución, opción verificación de certificados y diplomas, aplicando el Nro de acta y el código de seguridad indicados.

II Congreso

Apoyo Terapéutico y Rehabilitación en Alta Complejidad Subred Centro Oriente

JUDY ALBARRACIN ARCHILA
C.C. 52.348.848

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 VALDES

MARIA JULIANA ARAUJO ONATE

MARIA ESNEDA ROCHA GAONA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS



CERTIFICA A

JUDY CARINA ALBARRACÍN

Quien asisitió en calidad de participante al
SIMPOSIO UCI 10 AÑOS CUIDANDO LA VIDA,
realizado el día 27 de Enero de 2017.

Se expide en Bogotá D.C., el día 27 de Enero de 2017.

CLÍNICA DE LA MUJER
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

Academia Colombiana de Medicina Crítica

MÓNICA A. CUEVAS ESLAVA. MD
Directora Médica
Clínica de la Mujer

ALEJANDRO CASTRO SANGUINO. MD
Jefe de Cuidados Intensivos
Clínica de la Mujer

GABRIEL MONTENEGRO ZAPATA. MD
Presidente (E)
ACOMEC

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hacen constar que

JUDY CARINA ALBARRACÍN ARCHILA

Participó:

EN LAS CONFERENCIAS DEL
II SIMPOSIO DE ACTUALIZACIÓN EN TERAPIA RESPIRATORIA

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., 16 de noviembre de 2012
Intensidad horaria 10 horas

CID Sandra Nieto

Dr Rossemalt Eajardo Cómez FACS


Departamento de Anestesia
Hospital Universitario
SORBA
Soporte Respiratorio
Básico y Avanzado
CERTIFICA QUE
JUDY ALBARRACIN ARCHILA
ASISTIÓ AL
V° CURSO TALLER
DE VENTILACIÓN MECÁNICA
Departamento de Anestesia - Medicina Crítica
Bogotá, D.E., 1 y 2 de Junio de 2012
EDGAR CELIS RODRIGUEZ, MD
ROOSEVELT FAJARDO GÓMEZ, MD
LEOPOLDO FERRER, MD
SEBASTIÁN UGARTE UBIERGO, MD
GUILLERMO ORTIZ, MD

El Hospital Santa Clara E.S.E.
certifica que

CARINA ALBARRACIN
C.C 52.348.848

Asistió a la Segunda Jornada de Actualización en
Terapia Respiratoria "Nuevas Estrategias Terapeúticas en UCI"
el día 20 de Marzo de 2012.

Dr. José Rafael Dominguez
Gerente Hospital Santa Clara

Dra. María Esneda Rocha
Líder Cuidado Crítico Respiratorio

Dr. José Ernesto Páramo
Subdirector Científico

HUMANA

FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA

Hace constar que:

Judy Carina Albarracin Archila

C.C. 52.348.848 de Bogotá

Culminó satisfactoriamente:

El entrenamiento de terapia respiratoria en:
Cuidado Intensivo Neonatal, Pediátrico, Adulto y
Reanimación Cardiopulmonar Básica

Intensidad 1152 horas Teórico 30 Prácticas 1122
Del 1 de octubre de 2003 al 31 de marzo de 2004

Ketty Segura Evan
Coordinadora Sección Neumología

Gustavo Quintero Hernández, M.D.
Director División de Educación

Santafé de Bogotá, *1 de abril de 2004*

Certifica que:

JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA

C.C. 52348848

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 52988

Certifica que:

JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA

C.C. 52348848

Participó en la:

"Capacitación en primeros auxilios psicológicos y detección temprana de signos y síntomas de riesgos de problemas y/o trastornos en salud mental dirigido al personal de salud de primera línea que está realizando la atención al COVID – 19 de ia red pública de salud de Bogotá"

Con una duración de 6 horas.

Se expide en Chía, a los 09 días del mes de diciembre de 2020.

Firmado digitalmente por
Álvaro Enrique Romero Tapia
CS-DFM-69
Fecha: 30-11-2020

ALVARO ENRIQUE ROMERO TAPIA
Decano Facultad de Medicina
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

48485

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

JUDY CARINA ALBARRACIN

C.C.52348848

Participó en el Curso Virtual:

Medicina de la Donación para Trasplantes: Líder de la Gestión Operativa de la Donación

Con una intensidad horaria de 46 horas
Bogota,2019

9 n i B G G v g w 1

LUIS GONZALO MORALES SÁNCHEZ
Secretaría Distrital de Salud

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

CognoSalud

Certifican que

Judy Albarracin Archila

Realizó y aprobó el curso virtual de

Terapia de Alto Flujo de Oxígeno

17 de Noviembre de 2020

Fabian Restrepo
Gerente General de Maff

Anita Steremberg
Directora Programa Cognosalud

Yolima Rodríguez Gómez
Directora Programa Terapia Respiratoria
Universidad Santiago de Cali

Eduardo Tognarelli Guzman
Decano Kine Intensiva

MaffHealth

USC UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

KINE INTENSIVA

Universidad del
Rosario

Certifica que:

JUDY CAROLINA ALBARRACÍN ARCHILA

No. 52348848

Participó en el

"PROGRAMA ESPECÍFICO DE CAPACITACIÓN EN BIOSEGURIDAD"

Con una duración de 2 horas académicas.
se expide de Bogotá D.C., a los 9 días del mes de noviembre de 2020.

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO H.
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895
Vigilada por el Ministerio de Educación Nacional
Código 6884-23

KOICA Agencia de Cooperación Internacional de Corea

OPS Organización Panamericana de la Salud | Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

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

Beneficiario

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hace constar que

Judy Carina Albarracin

Con número de identificación
52.348.848

Participó en el congreso

Retos del Soporte Respiratorio en el Paciente COVID-19

Bogotá D.C.
18 al 21 de Noviembre de 2020

Código único de verificación del certificado
DaybkW6MZG

Roosevelt Fajardo, MD, MBA, FACS
Director Educación y Gestión del Conocimiento
Fundación Santa Fe de Bogotá

Susana Acevedo González
Jefe de Educación Continuada
Fundación Santa Fe de Bogotá

Leopoldo Ferrer Zaccaro, MD
Director del Congreso
Fundación Santa Fe de Bogotá

Enrique Arango Galvis, MD
Jefe Departamento Anestesia
Fundación Santa Fe de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITECNICO DE SURAMERICA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016
de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21-542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA

Con Documento de Identidad No 52348848

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN UCIA-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – MAYO – 13 DE 2018

Registrado en el Libro de Actas No 0020180513

CÓDIGO DE SEGURIDAD 180513S

POLITECNICO DE SURAMERICA

DANIEL M. TREJOS
Rector

ESTEFANNY PORRAS
Secretaria Académica

www.polisura.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@politecnicodesuramerica.com, indicando el Nro de actas con el cual se registra el mismo

CERTIFICACIÓN

Subred Centro Oriente
Gestión del Conocimiento

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

JUDY ALBARRACIN ARCHILA
C.C. 52.348.848

Asistió al II Congreso de Apoyo Terapeútico 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



CERTIFICA A

JUDY CARINA ALBARRACÍN

CLÍNICA DE LA MUJER
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

Quien asisitió en calidad de participante al
SIMPOSIO UCI 10 AÑOS CUIDANDO LA VIDA,
realizado el día 27 de Enero de 2017.

Academia Colombiana de Medicina Crítica

Se expide en Bogotá D.C., el día 27 de Enero de 2017.

MÓNICA A. CUEVAS ESLAVA. MD
Directora Médica
Clínica de la Mujer

ALEJANDRO CASTRO SANGUINO. MD
Jefe de Cuidados Intensivos
Clínica de la Mujer

GABRIEL MONTENEGRO ZAPATA. MD
Presidente (E)
ACOMEC

FUNDACIÓN INSIMED
Innovación, Simulación y Educación en Salud

La Fundación Insimed

hace constar que:

JUDY CARINA ALBARRACÍN ARCHILA

Participó en el curso virtual interdisciplinario

SOPORTE RESPIRATORIO BÁSICO Y AVANZADO ECOVI-19

Realizado en el mes de agosto de 2020 en la plataforma virtual

Educación que Salva Vidas con una intensidad de 10 horas

Bogotá, Colombia
2020

con el apoyo de:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ Secretaría de Salud

Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo

FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA

Hace constar que:

Judy Carina Albarracin Archila

C.C. 52.348.848 de Bogotá

Culminó satisfactoriamente:

El entrenamiento de terapia respiratoria en:
Cuidado Intensivo Neonatal, Pediátrico, Adulto y
Reanimación Cardiopulmonar Básica

Intensidad 1152 horas Teórico 30 Prácticas 1122
Del 1 de octubre de 2003 al 31 de marzo de 2004

Ketty Segura Evan
Coordinadora Sección Neumología

Gustavo Quintero Hernández, M.D.
Director División de Educación

Santafé de Bogotá, *1 de abril de 2004*

LA UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA

"S A N T A C L A R A"

Certifica que:

YUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA

C.C. No. 523448848

Ha recibido Inducción, Capacitación y Entrenamiento Específico en la atención del Paciente en el Servicio de la Unidad de Cuidado Crítico.

Durante su permanencia en la Unidad ha alcanzado los objetivos y entrega que es requerida en el Servicio de la Unidad de Cuidado Crítico.

Para constancia se expide en Bogotá, D.C. a los 4 días del mes de Diciembre de 2020.

GUILLERMO ORTIZ RUIZ

Referente Unidades de Cuidado Intensivo

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E

Bogotá D.C Dic. 29/2020

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Judy Carina Albarracin Avdila 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:

Profesional en Terapia Respiratoria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma J. Carina A.

No. de documento: 52.348.848

Tarjeta profesional No: 52.348.848

Dirección de contacto: Calle 74 # 94-87 casa 1

Teléfono: 311 5389097

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) JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA, identificado(a) con CC. No. 52348848, 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 1246 2019	01/02/2019	30/11/2019	$29.676.096
PS 0078 2018	10/01/2018	31/01/2019	$36.784.800
PS 0891 2017	10/01/2017	09/01/2018	$31.212.960

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO

Contrato PS 1246 2019: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA , URGENCIAS U QUIRURGICOS ,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVIOCIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Contrato PS 0078 2018:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS 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.

1. Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente 2. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados 3. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados 4. Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados 5. Velar por el uso racional de los elementos de Terapia respiratoria 6. Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización , consulta externa 7. Control de oximetría en pacientes del programa de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital 8. Elaborar la estadística diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna. 9. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. 10. Participar en las actividades de revista, caso

clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado 11. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 12. Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio 13. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. 14. Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos .15. Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Óxido nítrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopias. 15.Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2018. 17. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes áreas del servicio

Contrato PS 0891 2017:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA, 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

1. Atender con sentido ético y profesional a los pacientes que soliciten el servicio de terapia respiratoria. 2. Cumplir con las horas laboradas para las cuales fue contratado. 3. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado crítico, intermedio y sala ERA. 4. Cumplir a cabalidad con el manual de procesos y procedimientos de la institución. 5. Realizar el seguimiento diario de la evolución de los pacientes hospitalizados. 6. Mantener actualizadas las historias clínicas para una oportuna información para el equipo de trabajo y así lograr un mejor manejo del paciente. 7. Contestar las interconsultas que se hagan el servicio de una manera oportuna. 8. Velar por el uso racional de los elementos de terapia respiratoria. 9. Velar por el manejo adecuado de ventiladores cumpliendo con las normas de asepsia de acuerdo a los parámetros de la institución. 10. Velar por que todas las actividades que se realicen sean facturadas y cargadas a las respectivas cuentas de los pacientes 11. Elaborar la estadística diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado el primer día hábil del mes. 12. Asistir a las reuniones que fuere convocado por el coordinador de área o directivas de la institución. 13. Realizar entrega de turno personal y por escrito anotando y haciendo las observaciones sobre las novedades presentadas durante el desarrollo del turno que termina. 14. Cambiar los equipos de oxigenoterapia se las unidades de cuidado intensivo e intermedio cada 72 horas.

Contrato PS 1246 2019:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA , URGENCIAS U QUIRURGICOS ,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVIOCIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente 2. Realizar el manejo integral a los

pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados 3. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados 4. Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados 5. Velar por el uso racional de los elementos de Terapia respiratoria 6. Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización , consulta externa 7. Control de oximetria en pacientes del programa de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital 8. Elaborar la estadística diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna. 9. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. 10. Participar en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado 11. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 12. Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio 13. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. 14. Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos .15. Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nítrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopias. 15.Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS). 17. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes áreas del servicio. 19. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. 20. Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 08 de Noviembre 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
Adonay Neira Joiro – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Lidia Mayorga Lancheros - Referente OPS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo a la información que se encuentra en los archivos magnéticos y físicos de la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente – S.I.S.S.C.O, la señora **JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA** identificada con CC. N° 52.348.848, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

AS 1825 2010	del 10 de agosto al 30 de septiembre de 2010
AS 2232 2010	del 12 al 31 de octubre de 2010
AS 2740 2010	del 05 de noviembre al 31 de diciembre de 2010
AS 453 2011	del 05 de enero al 30 de junio de 2011
AS 1527 2011	del 05 de julio al 30 de septiembre de 2011
AS 2620 2011	del 10 al 31 de octubre de 2011
AS 3379 2011	del 11 de noviembre al 31 de diciembre de 2011
AS 495 2012	del 10 de enero al 30 de septiembre de 2012
AS 2059 2012	del 01 al 31 de octubre de 2012
AS 3205 2012	del 07 al 30 de noviembre de 2012
AS 3895 2012	del 18 al 31 de diciembre de 2012
AS 217 2013	del 01 de enero al 30 de junio de 2013
AS 1558 2015	del 19 al 31 de mayo de 2015
AS 1580 2015	del 01 de junio al 31 de agosto de 2015
AS 2538 2015	del 07 de septiembre al 31 de octubre de 2015
AS 3335 2015	del 06 al 30 de noviembre de 2015
AS 4299 2015	del 01 al 31 de diciembre de 2015
AS 0679 2016	del 01 de enero de 2016 al 09 de enero de 2017
PS-0891-2017	del 10 de enero de 2017 al 09 de enero de 2018
PS 0078 2018	del 10 de enero al 09 de septiembre de 2018

Honorarios promedio mes $ 2.808.000

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS 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.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente 2. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados 3. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados 4. Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados 5. Velar por el uso racional de los elementos de Terapia respiratoria 6. Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización , consulta externa 7. Control de oximetría en pacientes del programa de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital 8. Elaborar la estadística diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna. 9. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. 10. Participar en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado 11. Reportar los eventos

de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 12. Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio 13. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. 14. Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos .15. Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Óxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopias. 15.Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2018. 17. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes áreas del servicio

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C, el día 31 de agosto de 2018

Para mayor información favor comunicarse a la linea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A- 11, Dirección 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 revis ón del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Reviso: Luz Helena Hernandez Palacios/ Profesional Especializado

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
DIRECCION GENERAL
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE TALENTO HUMANO
NIT 830040256-0

LA SUSCRITA PROFESIONAL DE DEFENSA DE LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR:

Que la señora **ALBARRACIN ARCHILA JUDY CARINA,** identificada con cédula de ciudadanía N°52.348.8489 de Bogotá, presta sus servicios como Terapeuta Respiratorio en este Hospital, bajo la modalidad de **Contrato de Prestación de Servicios,** del 06 de junio al 30 de noviembre de 2014.

Que la señora **ALBARRACIN ARCHILA,** recibe por este concepto, la suma mensual **DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000) M/Cte.**

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, a los doce (12) días del mes de noviembre de dos mil catorce (2014).

Doctora **SANDRA PATRICIA GALEANO CAMACHO**
Profesional de Defensa
Área de Selección e Ingreso

Elaboró: Estephany C.

UniónSalud
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT 900.048.784-8

Villavicencio, 30 de junio de 2.010

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA

Que la señora JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA Identificada con cedula de ciudadanía numero 52.348.848 DE BOGOTA, fue Trabajadora Asociada de esta cooperativa desde el 01 de JUNIO de 2.006 hasta el 30 DE JUNIO DE 2010, desempeñándose como Terapeuta respiratoria.

Se expide la presente certificación con destino a Hoja de Vida.

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
"UNION SALUD"
NIT 900.048.784 - 8

IRMA PEDRAZA TELLEZ
Representante Legal

Pilar Montes

PRECOOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MEDAVIDA
NIT: 822.004.611-0

Villavicencio 17 de Octubre de 2007.

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA:

Que **JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA**, identificada con cédula de ciudadanía número 52.348.848 expedida en Bogotá, fue asociada de esta Precooperativa desde el día 23 de Septiembre de 2004, hasta el día 30 de Mayo de 2006, prestando sus servicios en la Clínica Servimedicos Ltda, desempeñando funciones de **Terapeuta Respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.**

De acuerdo con los términos de ley, la Precooperativa se rige por sus propios estatutos, regímenes y reglamentos los cuales son fuente de derecho sin sujeción al código laboral ordinario.

Se expide la presente certificación con destino a quien interese.

PRECOOPERATIVA DE TRABAJO
NIT. 822.004.611-0

ANA MARIA MUNEVAR LIZCANO
Representante Legal

Calle 33 No. 41-19 Barzal Alto. Teléfono 6716940
Villavicencio - Meta

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

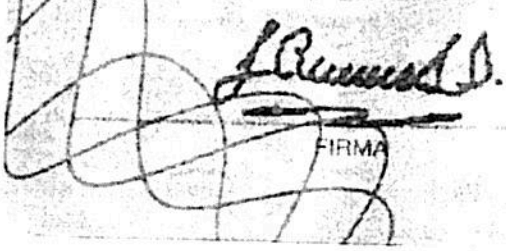
NUMERO **52.348.848**

ALBARRACIN ARCHILA

APELLIDOS

JUDY CARINA

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-SEP-1977**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-NOV-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00131877-F-0052348848-20081127 **0007**036561A 2 1290030713

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14671480414

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 523488848 — 6. DV: 2

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	52348848	19951109

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALBARRACIN	ARCHILA	JUDY	CARINA

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: CL 74 94 87 CA 1 BRR SANTA ROSITA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
judyalbarracin@gmail.com		9311370	3115389097

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
8692	20080801	7490	20001208				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

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: 2019 11 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

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

984. Nombre: ALBARRACIN ARCHILA JUDY CARINA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-11-2019 11:12:57PM

DOCUMENTO SIN COSTO

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:20/11/2019

CONTRIBUYENTE	C.C. 52348848	JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 74 94 87 CA 1 Teléfonos: 3115389097

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

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

PERFIL TRIBUTARIO

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

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 01/08/2008 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 74902 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal

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:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JUDY CARINA

ALBARRACIN ARCHILA

C.C. 52348348

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

Expedicion 26/11/2014

IDentico S.A.S

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No *de*
Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

APR 06 2001

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) ALBARRACIN ARCHILA JUDY CARINA Identificado(a) con CC número 52348848 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su TITULO de PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN -UMB- el día 03/11/2000 y registrado en el libro 2 Folio 11 año 2000

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 ALBARRACIN ARCHILA JUDY CARINA identificado(a) con CC número 52348848 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA en el Territorio Nacional.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los

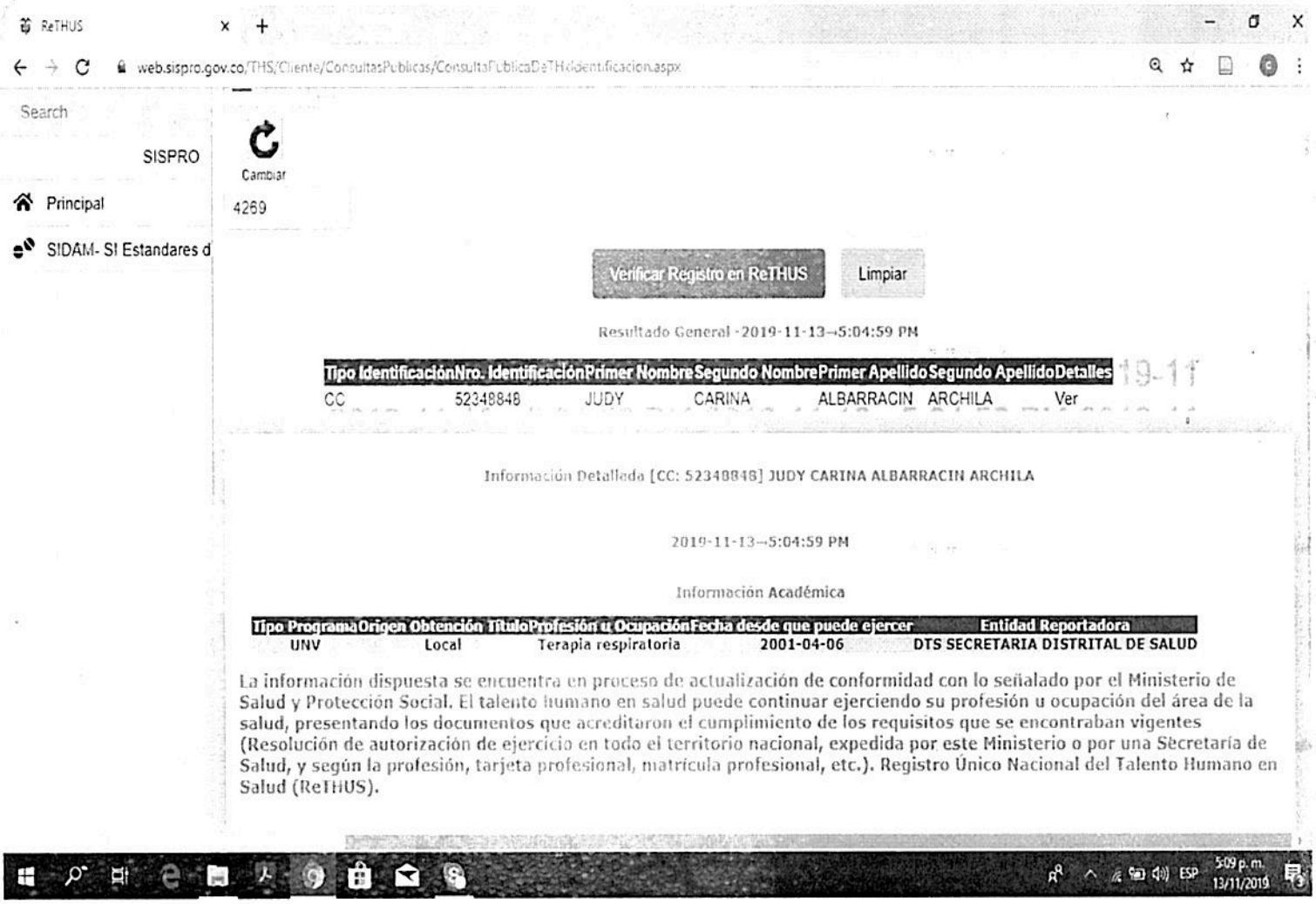
ORIGINAL FIRMADO POR:
JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO
Director de Desarrollo de Servicios de Salud (E)

VRS

18 - Abril - 2001
al señor (a) Judy Carina Albarracín Archila
identificado con 52.348.848
de la resolución No. 002827 Abr 06 2001
quien calificado del
firma Judy Carina Albarracín A.

Scanned by CamScanner


ReTHUS
web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTH/Identificacion.aspx
Search
SISPRO
Principal
SIDAM- SI Estandares d
Cambiar
4269
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General -2019-11-13→5:04:59 PM
Tipo Identificación Nro. Identificación Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Detalles
CC 52348848 JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA Ver
Información Detallada [CC: 52348848] JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA
2019-11-13→5:04:59 PM
Información Académica
Tipo Programa Origen Obtención Título Profesión u Ocupación Fecha desde que puede ejercer Entidad Reportadora
UNV Local Terapia respiratoria 2001-04-06 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).
ESP
5:09 p. m.
13/11/2019

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

8228264

Orden No:	**8228264**	Fecha de ingreso:	22-Aug-2018 8:23 am
Paciente:	**ARCHILA JUDY**	Fecha de impresion:	29/09/2018
Documento Id:	CC 52348848	Edad:	40 Años 11 meses 13 dias Sexo F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	52348848
Sede:	USAQUEN	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN

90302993

Nombre.	ALBARRACIN ARCHILA JUDY CARINA	Fecha de recepcion:	03-sep-2018 1:55 pm
Identificacion	CC 52348848 Tel. 3115389097	Fecha de impresion:	14-sep-2018 8:50 am
Edad	40 Años 11 Meses 25 Dias Sexo F	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8228264	Fecha Validacion	03-sep-2018 4:07:00p.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

Evolucionamos como la vida

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000102046

Régimen : COMUN Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 30/11/2018 08:30:21

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

NOMBRE Y APELLIDO: JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA C.C 52348848

EDAD 41 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR TERAPIA RESPIRATORIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ] NO [x]
Visiometría	[ ]	Glic [ ] Col [ ] Trigli [ ]	Otros [x]
Audiometría	[ ]	Cuales	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Espirometría	[ ]	Radiografías	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO [x] MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO [ ] MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA - ORTOPEDIA EPS
USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE MEDIAS ANTIVARICES
EVITAR SOBRECARGAS MAYORES A 15 KG

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI [ ] NO [ ] Se sugiere reubicación laboral SI [ ] NO [ ]

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR
SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL.

FIRMA DEL PACIENTE

Cédula Biométrica

Claudia Patricia González S.
Medico Especialista
Seguridad en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.029

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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:

JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA

C.C.: 52348848

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) días 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.

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN "FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 16 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015. Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Yudy Carina Albarracín Archila*

Asistió al curso de

SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA)

Con una intensidad de 100 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora

Germán Vicente Rojas
Enfermero Profesional
Registro 9834

Ponente

Bogota, D.C. *Noviembre 13 de 2019*

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:	07-01-2021	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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
Albarracin	Archila	Judy	Carina

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C ☒	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐	52348848	Bogotá	Cundinamarca	09-NOV-1995
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
09-09-1977	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DEVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐			311 5389097

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
calle 74 # 94-87 Casa 1	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	9311370

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

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	PENSIONADO	ESTUDIANTE	SOCIO	PROFESIONAL INDEPENDIENTE
☐	☒	☐	☐	☐	☐
HOGAR ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	OTRA: ☐	CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒			
	NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒		PRINCIPAL: 8692	SECUNDARIA: 7490

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Centro Oriente E.S.E UMHES Santa Clara	900959057

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA									
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐	EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 # 5-43	3444484	Bogotá	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	Terapeuta Respiratoria	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	10-01-17

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	900.000	AHORROS	10.000.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	2.985.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	650.000	OTROS ACTIVOS*	15.000.000	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2.985.000	TOTAL EGRESOS	1.550.000	TOTAL ACTIVOS	25.000.000	TOTAL PASIVOS	0

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
Martin	Bohorquez	Luisa	Fernanda
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 73 B # 94-42	Bogotá	Amiga	3143944389

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	Cuenta de Ahorro	848036239 4	20 Julio	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (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 ☒	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.):

Profesional en Terapia Respiratoria

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita 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 ilícitas contempladas en el Codigo 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 + declaracion de renta si es declarante

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, 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.

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.

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 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.
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 jurídica 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



Firma Cliente / Representante Legal

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

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Total de puntos **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 *

judyalbarracin@gmail.com

Documento de Identidad *

52348848

Nombres y apellidos *

JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA

Número de contacto *

3115389097

Nivel jerárquico *

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA identificado(a) con cedula ciudadania No. 52348848, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan
JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA	52348848	TR	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 28 días del mes de diciembre de 2020.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 12602454

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52348848,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2018** 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 28 de diciembre de 2020.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

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
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

C.C. 52.348.848	Bolivar
Numero de Documento	ARL

Judy	Carina	Albarracin	Archila
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

09/09/1977	Bogotá	Calle 73 94-87	9 311370
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar	Colpensiones	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Terapeuta Respiratoria	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

judyalbaracin@gmail.com	311 5389097
Correo Electrónico	Celular

J. Camilo

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52046298

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 156941776

WEB
14:07:00

Bogotá DC, 28 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) JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52348848:

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 lunes 28 de diciembre de 2020, a las 13:50:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52348848
Código de Verificación	52348848201228135056

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

FERNANDO ALFONSO CRUZ MONTOYA
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4077655

BogotÃ¡ D.C., 28 de Diciembre de 2020 - 13:47 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) **JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO de BOGOTA D.C.

52348848

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 Personeria de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_C8FB7_4613
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en linea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policia Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 13:52:11 horas del 28/12/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° 52348848
Apellidos y Nombres: ALBARRACIN ARCHILA JUDY CARINA

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

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

03/01/2021

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52348848**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570008480362394**
Fecha de apertura	**05/09/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO