Bogotá D.C., 02 de Marzo 2021

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

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

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como Enfermera profesional, bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, como persona natural, para satisfacer la necesidad requerida por la Subred Sur E.S.E.

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

Atentamente,

FIRMA
DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO
CC 52857888
Diag 48 L bis No 5 L 68 sur
3102511061
dargeemil@gmail.com

[1] Circular 051 de 2020, en cumplimiento de la Ley 201 de 2019 y conforme los compromisos de transparencia y lucha contra la corrupción planteados por la Administración Distrital.
[2] https://sideap.serviciocivil.gov.co
[3] Plataforma transaccional en la cual las Entidades Estatales pueden hacer todo el Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden conocen la demanda de las Entidades Estatales, obtienen información de los Procesos de Contratación, presentan ofertas y gestionan sus contratos; los organismos de control hacen la auditoría del Sistema de Compra; y la sociedad civil conoce la forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los contribuyentes para entregar bienes, obras y servicios a las personas.
[4] Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 05-mar-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RAMIREZ	BLANCO	DARGEE MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52857888

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES AGO AÑO 1981

PAÍS Colombia

DEPTO Quindío

CIUDAD Armenia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

diag 48l bis No 5l-68

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7141482

EMAIL dargeemil@yahoo.es

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 CONTABLE
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1997
										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*
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	4	2018	52857888

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
diplomado uci	centro de capacitacion en urgencias y emergencias	2019	120
SOPORTE VITAL AVANZADO	FUSDESA	2018	100
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	FUSDESA	2018	40
SOPORTE VITAL BASICO	LIFE SUPPORT	2017	20

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Ultima Actualización: 05-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 AGM SALUD	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* agmsaludcta@hotmail.co	
TELÉFONOS 7424232	*FECHA DE INGRESO* DIA 16 MES 1 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 6 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO enfermera	*DEPENDENCIA* clinica fundadores	*DIRECCIÓN* av calle 32 No 19-35	

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	8	5
Pública	0	0
Total	8	5

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).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 05-mar-2021

Bogotá 5-03-21

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 02-mar-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52857888 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección diag 48l bis No 5l-68 **Teléfonos** 3102511061 7141482

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA JOSE SIABATO RAMIREZ	1033814278	Hijo(a)
MANUELA ly GONZALEZ RAMIREZ	1013589220	Hijo(a)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 36.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 36.000.000,00

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
colpatria	Cuenta de ahorros	4682007950	Plaza Americas	$ 6.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Apartamento	ciudad verde soacha	$ 107.000.000,00
Otro (Inmueble)	ICETEX	$ 5.000.000,00
Otro (Inmueble)	UNIVERSIDAD CIENCIAS DE LA SALUD SAN	$ 6.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

icetex	credito estudiantil	$ 9.000.000,00
banco caja social	pago de apartamento	$ 64.000.000,00
fincomercio	financiacion para especializacion	$ 9.800.000,00

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
CAMPO ELIAS SIABATO RODRIGUEZ	C.C ⊗ C.E ○ T.I. ○	1023884220

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. 02-mar-2021

CIUDAD Y FECHA

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

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

FECHA:	7-03-2021	CIUDAD:	Bogotá.	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ramirez	Blanco	Daryee	Milena

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52857888	Bogotá - Cundinamarca	26-01-2000.

PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐	NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
30-08-81	Arauca - Arauca	Colombia	Colombiana.

ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	CASADO(A) ☒ VIUDO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	2	2	3102511061.

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

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA
diag 48 l bis N-SL 68	Bogotá.	Cundinamarca.	Colombia.	7141182

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

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

2. DATOS DEL CÓNYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rodriguez	Sabato	Campo	Elias.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1023884220	Bogotá - Cundinamarca.	03-05-89

PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒	NO ☐	NACIONALIDAD:	Colombiano.

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

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

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C.I.I.U ACTIVIDAD ECONÓMICA
		SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☐	8692
		NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☐	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

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

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

OTRA ☐ CUAL:

DIRECIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
Cra 20 # 47B-35 Sur	7300000	Bogotá-Cund	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Enfermera.	FECHA VINCULACIÓN		

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	2.900.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	68.000.000
HONORARIOS	3.800.000	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CRÉDITO	—
ARRIENDOS	No Aplica	CUOTA VEHÍCULO	—	VEHÍCULOS	—	DEUDA VEHÍCULOS	—
COMISIONES	no aplica	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	107.000.000	DEUDAS TERCEROS	10.000.000
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	3.800.000	TOTAL EGRESOS	2.900.000	TOTAL ACTIVOS	107.000.000	TOTAL PASIVOS	78.000.000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Prieto	Cabrul	Jeidy	Johanna.
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS**	**TIPO RELACIÓN**	**TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR**
09-39 Sur N-87-16	Bogotá-Cundinamarca	Amigas	3202680307

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Colpatria.	Cuenta ahorros	46820079 50	Plaza Arenales.	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓ ☐ EXPORTACIÓ ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR 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 SUR ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Servicios Como Enfermera.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR 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 SUR ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR 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 SUR ESE.

9. 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 de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Sur 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.

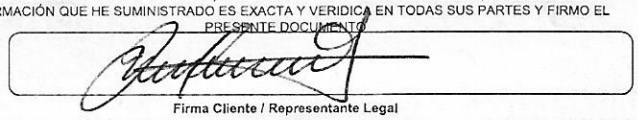
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

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

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4296783

Bogotá D.C., 2 de Marzo de 2021 - 17:26 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) **DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO** de BOGOTA D.C.

52857888

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.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
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: 3_ZKMF4_2617
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 02 de marzo de 2021, a las 17:28:32, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	NIT
No. Identificación	52857888
Código de Verificación	52857888210302172832

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

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 162156829

WEB
17:32:03

Bogotá DC, 02 de marzo del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52857888:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 17:41:36 horas del 02/03/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52857888**
Apellidos y Nombres: **RAMIREZ BLANCO DARGEE MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio Montevideo.
Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14469110451

(415)7707212489984(8020) 000001446911045 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 5 7 8 8 8	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52857888	2000 01 26

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Agua de Dios 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	BLANCO	DARGEE	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: DG 48 L BIS 5 L 68 SUR

42. Correo electrónico: dargeemil@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3102511061	7141482

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2005 10 20						3223	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 2018 - 05 - 22

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 CAICEDO SUAREZ DAVID ORLANDO
985. Cargo Analista II

COPIA CERTIFICADO
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:04/03/2021

CONTRIBUYENTE	C.C. 52857888	DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 25 76 05 Teléfonos: 3102511061

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

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 20/10/2005

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

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

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

SGS CO18/8129

Version 2.02

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 1100117751011/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH, QUIMICA SANGUINEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFIAS - RADIOGRAFIAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFIA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO



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

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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

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

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 02/03/2021	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	

NOMBRE	DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO		
CEDULA	52.857.888	TELEFONO O CELULAR	3102511061

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRIA		VISIOMETRÍA		ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA	INDEPENDIENTE
CARGO	ENFERMERA JEFE

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

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

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

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

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

PABLO HERNANDEZ

FIRMA Y LEO PUESTO DE TRABAJO

Auxiliar de Enfermería
Higiene y Salud Ocupacional
Gestión Integral Olaya
C.C. 1.130.679

52857888

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

IMPORTANTE: FIRMA Y LEO PUESTO DE TRABAJO. Verifique que este certificado, por favor, comprueba que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador acudió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. ATENCIÓN: Falsedad en documento privado. El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. (Artículo 289 del Código penal Colombiano).

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

VACUNA	Dosis Refuerzo	Lote	Fecha Aplicación	Firma Vacunador
Hepatitis B	1ª Dosis			
	2ª Dosis			
	3ª Dosis			
	Refuerzo			
Hepatitis A	1ª Dosis			
	2ª Dosis			
Triple-Viral	1ª Dosis			
Varicela	1ª Dosis		05 ABR 2013	
Neumococo	1ª Dosis			
	1ª Dosis			
	2ª Dosis			
T. Tetánica Diftérica	3ª Dosis			
	Refuerzo			
Influenza **	1ª Dosis			
Otros				

* Neumococo refuerzo cada 5 años ** Influenza (Gripe) refuerzo anual

Control
SALUD INTEGRAL LTDA
Control
Cra 18 No. 24 - 06 - Centro Medico Bronquio Condiy - Consultorio 109
PBX Fax 281 4043 - 336 4279 - Celular (311) 589 5741 - Bogotá D.C.
Email controlcorsalud@yahoo.com.mx - www.controlcorsalud.com

Certificado de Vacunación

Nombre: Dargi Milena Ramirez
Doc. de Identidad: 52857838
Dirección: Clinica. fundadores.
Teléfono: Apartamento UCI

Certificado de Vacunación

Institución: EPS AGM
Nombre: Dargee Milena Ramirez
Identificación: Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HepA	1	18-11-13	20249-3	Martha
HepA	2	14-05-14		

Certificado de Vacunación

Institución: Zonamedica
Nombre: Dargee Ramirez
Identificación: Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Td	4	16-8-15	R70023	

Certificado de Vacunación

Institución: SUEA
Nombre: Dargee Milena Ramirez
Identificación: Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HepA	2	12-03-14	J229-6	Martha
TT	3	12-03-14	J7283-1	Martha
TT	4	16-04-15		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: viernes, 27 de diciembre de 2019 08:08 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	52857888
Nombres y Apellidos	DARGEE MILENA RAMIREZ		
Fecha de nacimiento:	30/08/81		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo	11/12/2019	Recombax B	032Q6015CE	
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				

médicosasociados

LABORATORIO CLINICO

Paciente:	RAMIREZ BLANCO DARGEE	Orden No.:	201807130070
Empresa:	Particular	Historia:	52857888
Médico:	MEDICO PARTICULAR	Procedencia:	012. Particulares
Edad:	34 Años	Género:	Femenino
Fecha y Hora de ingr	2020-07-13 08:05	Fecha de impresión:	
Habitación:	C EXTERNA	Tomado por:	DIANA GARCIA
No. Navegación:			

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

PRUEBAS ESPECIALES (FUNDADORES)

VARICELA IgG

EXAMEN REMITIDO A LABORATORIO CLINICO DE REFERENCIA HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL.
RESULTADO EN (8) DIA HABIL.

Bacterióloga sección:

ESPECIALES PROCESADOS FUNDADORES

ANTI HBs (Anticuerpos contra antigeno de superficie)	983	mUI/ml	

MENOR DE 8 mUI/ml ANTICUERPO NEGATIVO
ENTRE 8 mUI/ml Y 12 mUI/ml DUDOSO
MAYOR DE 12 mUI/ml ANTICUERPO POSITIVO

Técnica:METODO: INMUNOENSAYO INMUNOMETRICO

HEPATITIS C	0.04		

Tipos de referencia:
Positivo: Mayor o igual a 1.0
Indeterminado: Entre 0.90 y 0.99
Negativo: Menor de 0.90

Técnica:METODO: INMUNOENSAYO INMUNOMETRICO

Bacterióloga sección:

MAYERLY VILLAMIL RODRIGUEZ
CC.63.500.709
BACTERIOLOGA

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: Daycee · Milena ·

Apellidos: Ramirez Bermudez ·

Documento de identidad: C.C X T.I. Pasaporte No 52857885 ·

Fecha de nacimiento: Día 30 Mes 08 Año 1981

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	31-7-20	AFLUSALUD IPS	
Otras				

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Dargee Milena Ramirez Blanco

C.C. 52857888 De Bogota

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

SEGÚN RESOLUCIÓN 459 DEL 6 DE MARZO 2012 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,
NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267 Y EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

DADO A LOS 23 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2020, CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 09 FOLIO 2540

Sede Centro Carrera 10a #1-18
Tel: 907 06 77 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Dargee Milena Ramirez Blanco

C.C. 52.857.888 De Bogotá

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:
ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101259.

DADO A LOS 27 DIAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2021, CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C. VALIDO POR 2 AÑOS

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 03 FOLIO 359

Sede Centro Carrera 10a #1-18
Tel: 907 06 77 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Dargee Milena Ramirez Blanco

C.C. 52.857.888 De Bogotá

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:
SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LOS LINEAMIENTOS DE LA AHA, EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 DEL 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101268.

DADO A LOS 4 DIAS DEL MES DE MARZO DEL 2021, CON UNA DURACIÓN DE 48 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 48 FOLIO 1140

Sede Centro Carrera 10a #1-18
Tel: 907 06 77 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101055039	0

TOMADOR	DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO			CC	52.857.888
DIRECCION	DG 48 L BIS NRO. 51 - 68	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3102511061
ASEGURADO	DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO			CC	52.857.888
DIRECCION	DG 48 L BIS NRO. 51 - 68	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3102511061
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
05 / 03 / 2021	04 / 03 / 2021	04 / 03 / 2022	04 / 03 / 2021	04 / 03 / 2022

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA PROSESALUD DE COLOMBIA APC	184466	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 90,852,600.00		
	ERRORES U OMISIONES	$ 90,852,600.00		

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ ********90,852,600.00	PRIMA:	$ **********70,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********13,300.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********83,300.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11021101932232(3900)000000083300(96)20210418

REFERENCIA PAGO: 1102110193223-2

62-03-101055039

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

OLGACASTANEDA

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52857888
NOMBRES Y APELLIDOS	Ramirez Blanco,Dargee Milena
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ramirez Blanco,Dargee Milena, a los 02 días del mes de marzo del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

ARL | sura

Medellín, 02 de marzo de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO identificado(a) con cédula de ciudadanía 52857888 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 29/11/2018 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados / ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C528578882106171007

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 02/03/2021 7.43 PM

Dirección IP: 186.154.209.130, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 **DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52857888,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2012** 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 02 de marzo de 2021.

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.

Re: SRTA DARGEE MILENA RAM | INFORMACIÓN DE CONTRATISTA | Inicio

secop.gov.co/CO1Marketplace/

Colombia Compra Eficiente

UTC-5 17:12:35

DARGEE MILENA RAM...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio

Id de página: 14901907 Ayuda

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Haga clic para acceder a la ayuda

0	0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes	Mensajes

Última Actualización

Sugerencias SECOP

Convocamos a todos los proveedores que estén en capacidad de suministrar los bienes y servicios para atender la emergencia del COVID-19.

Inscríbete en la TVEC y encuentra oportunidades negociales con las entidades estatales.

Conoce el formulario para ser parte del grupo de proveedores.

SECOP II habilita la funcionalidad de validación de factura electrónica a partir de Diciembre 2020, si usted proveedor persona natural o jurídica está obligado a facturar electrónicamente, por favor verifique que su tipo y número de identificación (NIT/Cédula) registrado en la plataforma SECOP II estén correctos.

Los usuarios donde el tipo de identificación sea NIT registrarlo sin incluir el dígito de verificación.

Para esto ingrese a la opción configuración Entidad Estatal/Proveedor y actualice la información.

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'

Mensajes

Todos

Sin mensajes...

Más información

Oportunidades de negocio

Recibidas

Sin oportunidades

Más información

ESP 5:12 p.m. 8/03/2021

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 17:54:53

Buscar por proces | Menú

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones DARGEE MILENA RODRIGUEZ BLANCO ,

DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO con el Número de documento 52857888 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C 2-03-2021.

Señores:

Subred integrada de Servicios de Salud Sur ESE

Por medio de la presente, yo Daryee M. Ramirez Blanco, identificado con número de documento 52857888., autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: Daryee Milena Ramirez

No. Documento: 52857888.

Teléfono: 3102577061.

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

NÚMERO DE CÉDULA 52857888 **FECHA DE NACIMIENTO** 30-08-81.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Daryee Milena Ramirez Blanco.

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Dg. 48 L bis N: 5L-68

LOCALIDAD Rafael Uribe

TELÉFONO FIJO 7141482 **N° CELULAR** 3102511061.

CORREO ELECTRÓNICO daryeemilena.

EPS Sanitas. **FONDO DE PENSIONES** Colpensiones **ARL** Sura.

ESTACO CIVIL: CASADO X SOLTERO_____ UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI _____ NO X

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI X NO ___ ¿CUÁNTOS? 2 ¿DE QUE EDAD(ES)? 4-15

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

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

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE_____

OTRO ¿CUÁL? Ninguna.

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

¿CUÁL? Subred integrada Centro Oriente

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.857.888**

RAMIREZ BLANCO

APELLIDOS

DARGEE MILENA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1981**

ARMENIA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-ENE-2000 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00254911-F-0052857888-20100913 0023869505A 1 1890938629

Vivimos lo mismo que tú.

COLPATRIA MULTIBANCA del grupo Scotiabank

BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A

NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros **No. 4.682.007.950** con fecha de apertura **10 de Mayo de 2016** , de la(los) cual(es) es(son) titular(es):

El(la) señor(a) **DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO**, identificado(a) con tipo de documento **CC No. 52857888**

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado en la ciudad de **BOGOTÁ, a los 24 dias del mes Agosto del 2018**

Cordialmente,

NURY LUIS MONTAÑA
DIRECCIÓN SERVICIO RETAIL
Gerencia Relación con Clientes

Bogotá 7561616
Cali 4891616
Medellín 6041616
Barranquilla 3851616
Ibagué 2771616
Pereira 3401616
Cartagena 6931616
Neiva 8631616
Bucaramanga 6971616
Resto del País
01 8000 522 222

INGRESA EN
www.colpatria.com

ENCUÉNTRANOS EN
MÁS DE 175
oficinas por todo el país

Multibanca Colpatria

@Colpatria

El Ministerio de Educación Nacional
La Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.
Y en su nombre

El Centro Educativo Distrital Confederación Suiza - LS

Teniendo en cuenta que:

RAMIREZ BLANCO DARGEE MILENA

Identificado(a) con la T.I. No. 810330-12498 de Bogotá
Cursó y aprobó satisfactoriamente con los requisitos académicos
(planes y programas de estudio del Nivel de Educación Media,
de conformidad con la ley No.115 de 1994
y las disposiciones del Proyecto Educativo Institucional – PEI)
Confiere el título de:

BACHILLER - CONTABLE

En constancia se firma y referencia en Santafé de Bogotá, D.C.,
a los 28 días del mes de Noviembre de 1997

ROSA IRA MESTIZO DE MONTAÑA
RECTORIA

NANCY EDITH SANCHEZ LOPEZ
SECRETARIA

FIRMA DEL TITULAR

ANOTADO AL FOLIO No. 7 LIBRO 1
FECHA: 28 DE NOVIEMBRE DE 1997

Nota Supresión y prohibición de Sellos (Art.11 Dcto 2150/95)
Supresión de Registro del Título de Bachiller Decreto 921/94)

0141

ALCALDIA MAYOR DE SANTAFE DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE EDUCACION
CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL CONFEDERACION SUIZA -L.S-

FOLIO 149

Creado por Acuerdo No. 017 de Octubre de 1192

Inscripción S.E.D 6568 Inscripción DANE 11100136785

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C., a los 28 días del mes de noviembre de 1997, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, se reunieron las suscritas: Rectora y Secretaria del Centro Educativo Distrital Confederación Suiza - L.S. - CEDISCONSU.
Institución aprobada hasta el último grado en el Nivel de Educación Media Técnica y autorizado por la Secretaría de Educación de esta ciudad para otorgar el Título de Bachiller en las modalidades Contable y Comercial según Acuerdos de CONSEJOS DIRECTIVOS Nos. 002 del 15 de febrero de 1997 J.T. y 002 del 12 de abril de 1997 J.M, de conformidad con la circular No. 17 de 1997 emanada por la S.E.D.
Comprobada la situación legal y académica definitiva de cada uno de los alumnos, se procede a otorgar los Títulos de:

BACHILLER COMERCIAL
BACHILLER CONTABLE

al graduando cuyos apellidos, nombres y números del documento de identidad se relacionan a continuación:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	C.C. o T.I.	EXPEDIDA EN
141	RAMIREZ BLANCO DARGEE MILENA	B CONTABLE	810830-12498	BOGOTA

Es fiel copia tomada del acta Original General No. 001del 28 de noviembre de 1997 que consta de 215 alumnos que comienza con el nombre de ABRIL GARCIA ROSA ANGELA y se cierra con el nombre de ZEMANTE GARCIA GUSTAVO, firmado por ROSAURA MESTIZO DE MONTAÑA (Rectora) y NANCY EDITH SANCHEZ LOPEZ (Secretaria).

Dada en Santafé de Bogotá a los 28 días del mes de noviembre de 1997

ROSAURA MESTIZO DE MONTAÑA
Rectora C.C. No. 41.520.528 de Bogotá

Firma

NANCY EDITH SANCHEZ LOPEZ
Secretaria C.C. No. 43.502.855 de Medellín

Firma

Nit. 830.004.656-0

Nota: Suspensión y prohibición del uso de sellos (Art. 11 Dcto. 2150/95)
ACLARACION: *Creado por Acuerdo Distrital No. 017 del 13 de Octubre de 1992*

Libertad y Orden

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

Universidad ECCI

Resolución No. 13370 del 19 de Agosto de 2014 por el M.E.N.

Confiere a

Dargee Milena Ramírez Blanco

C.C. 52.857.888 de Bogotá D. C.

El título de:

Enfermera

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente Diploma en la Ciudad de Bogotá D.C.

A los 13 días del mes de Abril de 2018 .

UNIVERSIDAD ECCI

Secretaria General

Rector

Decano de Facultad

VIGILADA MINEDUCACIÓN

UNIVERSIDAD ECCI

ACTA DE GRADO No. 029

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD ECCI
APROBADA POR RESOLUCIÓN No. 13370 DE AGOSTO 19 DE 2014
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

En Bogotá D.C., a los 13 (Trece) dias del mes de Abril de 2018 en las instalaciones del Auditorio de la Sede Cultural y Deportiva de la Universidad ECCI, siendo las 10:00 A.M, se llevó a cabo la graduación del(a) estudiante **RAMÍREZ BLANCO DARGEE MILENA**, identificado(a) con la C.C. No. **52857888** expedida en **Bogotá D. C.**, quien aprobó satisfactoriamente el plan de estudios correspondiente y cumplió con las condiciones académicas requeridas por la Institución. Como opción de grado realizó el(la) PROYECTO DE GRADO titulado(a) **PERCEPCIÓN DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO HOSPITALARIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD EN BOGOTÁ,** obteniendo una calificación de 4.5 (**Cuatro Punto Cinco**) con concepto **Aprobatorio(a)**. En virtud de lo anterior y en representación de la Universidad, el señor Rector previa toma de juramento le confirió el título de **ENFERMERA.**

Para constancia se firma la presente.

DR. FERNANDO A. SOLER LÓPEZ
RECTOR

ESP. LUISA MARÍA HINCAPIÉ ROZO
SECRETARIA GENERAL

MSC. RUTH JANNETT ZAMORA VALENCIA
DECANA DE FACULTAD

VIGILADA MINEDUCACIÓN

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO

C.C: 52.857.888

ASISTIO AL DIPLOMADO

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

EL DIPOMADO DA CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101268

CON UNA INTENSIDAD DE 120 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 06 días del mes de Febrero de 2019.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

icontec

certifica que:

DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO

52.857.888

asistió y aprobó el programa

FORMACION DE AUDITORES PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD

Con una intensidad de 48 horas

El contenido del programa comprendió:

- CONCEPTOS Y PLANEACIÓN DE LA AUDITORIA (8 horas)
- GESTION POR PROCESOS E IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO (8 horas)
- AUTOEVALUACIÓN, PRIORIZACIÓN Y CALIDAD ESPERADA (8 horas)
- HERRAMIENTAS DE AUDITORIA (8 horas)
- PLANES DE MEJORA Y SEGUIMIENTO (8 horas)
- RESPONSABILIDAD MEDICO LEGAL DEL AUDITOR (8 horas)

Bogotá(Colombia), 09 de Julio del 2019

Victoria Eugenia Manrique Carvajal
Jefe UT Educación y Desarrollo
ICONTEC

AGM Salud C.T.A
Asociados del Gremio Médico
Su Operador en Salud

NIT. 900267502-7

Consecutivo: 1534358523

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA QUE:

Una vez verificados los registros correspondientes al señor(a) **DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO**, identificado con cedula de ciudadania No. **52857888** me permito certificar que el (a) mencionado (a) señor (a) fue Asociado (a) en **AGM SALUD C.T.A.** desde el **16 de Enero de 2010** hasta el **30 de Junio de 2018**, donde realizó contribución de Trabajo como **ENFERMERO (A) JEFE DIA SEMI**, en la sede **ENFERMERIA - CL. FUNDADORES**.
Su convenio de asociación y trabajo autogestionario, estuvieron regulados por la ley 79 de 1998, el decreto 4588 de 2006, ley 1233 de 2008, el estatuto, los regimenes de Trabajo Asociado y compensaciones aprobados por el Ministerio de Protección Social.

La asociación fue por tiempo indefinido; sin perjuicio de las causales de terminación previstas en la ley, estatutos y regímenes de la cooperativa.

Cualquier información adicional con gusto será atendida.

La presente se genera electrónicamente desde la pàgina web www.agmsalud.com por el asociado a los (15) dias del mes de Agosto de 2018.

Para confirmar certificaciones y referencias favor llamar al (1)7 42 42 32 Ext. 118 - 133.

Solidariamente,

ELKIN E. MONTOYA PERALTA
Representante Legal
AGM SALUD CTA
Asociados del Gremio Médico
gerente@agmsalud.com
Firmado electrónicamente

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO
C.C. 52.857.888

UNIVERSIDAD ECCI
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2018-04-13
FECHA DE INSCRIPCIÓN RETHUS: 2018-05-03



15447

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Recibidos (2146) - dargeenil@ | ReTHUS

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHIdentificacion.aspx

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

Confirme los números de la imagen

5254

Cambiar

7378

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2021-01-29--12:29:20 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	52857888	DARGEE	MILENA	RAMIREZ	BLANCO	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) DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO identificado(a) con CC 52857888 registra La siguiente información:

2021-01-29--12:29:20 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2018-05-03	52857890	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2005-04-29	3711	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA\NO APLICA\	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá +57(1) 3305043 Resto del país 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD

Notificaciones judiciales

Términos y condiciones de uso.

ESP 12:29 p.m. 29/01/2021

HACE CONSTAR QUE:

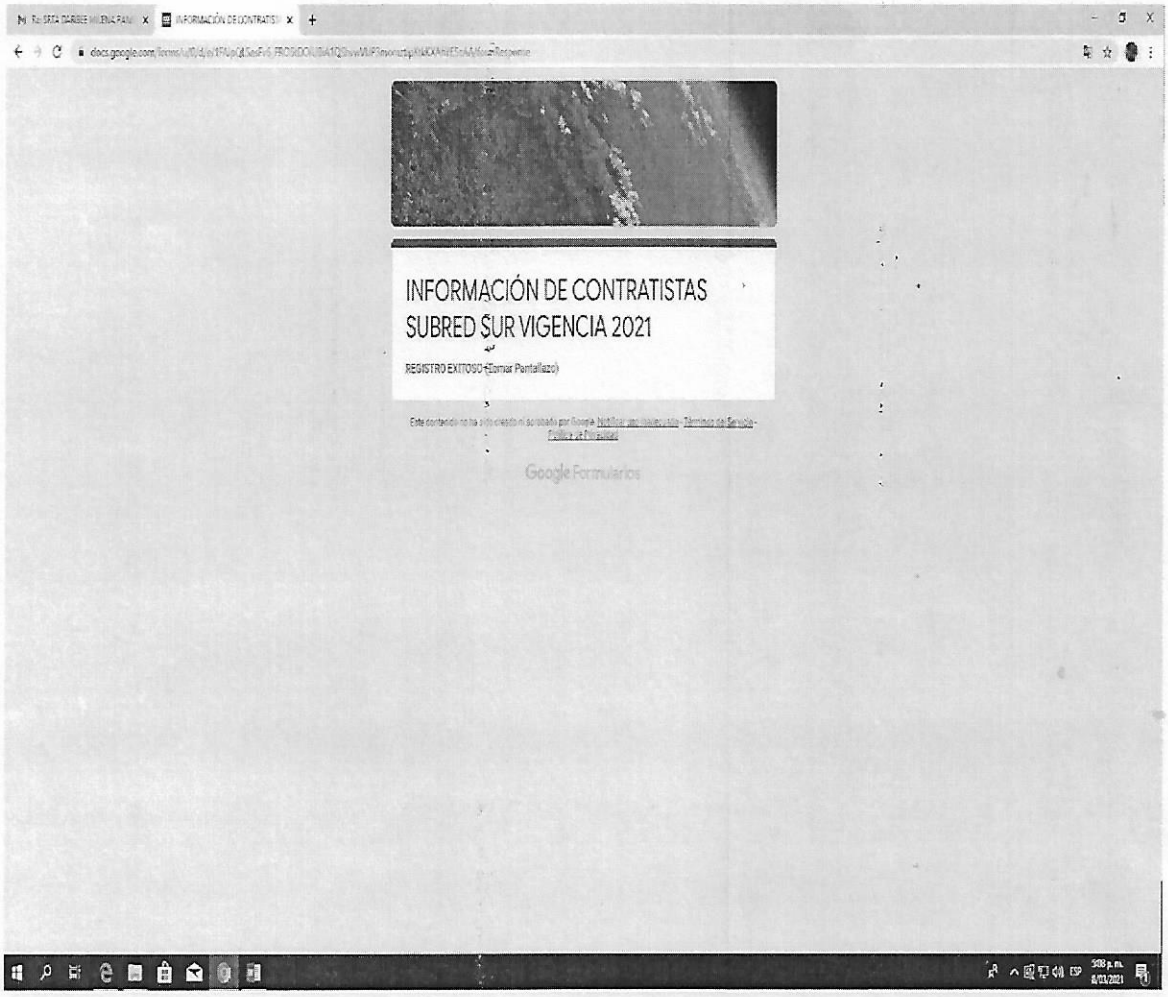
La enfermera **DARGEE MILENA RAMÍREZ BLANCO** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.857.888, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintiocho (28) días del mes de enero del año dos mil veintiuno (2021).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria


INFORMACIÓN DE CONTRATISTAS
SUBRED SUR VIGENCIA 2021
REGISTRO EXITOSO (Tomar Pantallazo)
Google Formularios

CONSULTA DE COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN BANCO DE HOJAS DE VIDA BOGOTÁ D.C.

NÚMERO INSCRIPCIÓN: 298598 Descargar registro aquí

1. Datos personales

Primer nombre DARGEE	**Otros nombres** MILENA	**Primer apellido** RAMIREZ
Segundo apellido BLANCO	**Fecha de Nacimiento** 30/08/1981	**Teléfono de contacto** 3102511061
Correo electrónico personal dargeemil@yahoo.es	**Dirección de residencia** diag 48-l bis No 5l -68 sur	

2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo	Universitaria
Título académico	ENFERMERÍA
Graduado	Si
Semestres cursados	

Otros estudios

No se encontraron otros estudios registrados

Estimado (a) Ciudadano (a) este comprobante únicamente certifica el registro de su perfil laboral o profesional en el Banco de Hojas de Vida de Bogotá, D.C; como usuario (a) lo hace responsable de la veracidad, actualización, consolidación, complementación y afirmaciones propias que reposan en su hoja de vida y por las consecuencias de incluir o colocar dicha información en el aplicativo. Este comprobante de registro no es garantía expresa ni implícita de otorgar un contrato con organismos o entidades distritales a quien haga uso de este repositorio.

Volver

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		BOGOTÁ
	DECLARACIÓN JURAMENTADA CONTRATISTA	CO-OPS-FT-32 V1	

Bogotá D.C., 2-03-2021

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

DE: Dargee Milena Ramirez Blanco
Contratista prestación de Servicios

Yo Dargee Milena Ramirez identificado(a) con la C.C. No. 52857888 De Bogotá, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

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

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

TIPO DE FORMACIÓN (FORMAL O INFORMAL)	TÍTULO O CERTIFICACIÓN OBTENIDA	FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA,MES,AÑO)	ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DÍA,MES,AÑO)
Formal.	Bachiller.	28-NOV-97	CED Confederacion Suiza.	
Formal.	Enfermera	13-Abril-18	Universidad Ecci	

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

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

FIRMA
C.C. No. 52857888
TELEFONO 3102577061
DIRECCIÓN Diag 48 Bis N-5L-65.
CORREO dargeemil@gmail.com.