



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 100 de 1905, 400 y 443 de 1990)

ENTIDAD RECTORA
Buitón Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.

Sigleap
Última Actualización: 11-mar-2021

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SELVA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CORTES	NOMBRES BLANCA NUBIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ CE ☐ PAS ☐ No. 51659369	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIEQUETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES MAY AÑO 1962 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA TV 78 I BIS A # 41 F 57 Sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4563824 EMAIL bnubiasilva@yahoo.com

EDUCACIÓN 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 8o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO		BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1984

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Elementos de Protección personal con énfasis en	Cruz Roja Colombiana	2020	4
Taller de Electrocardiograma	Universidad Nacional de Colombia	2020	3
Soporte Vital Básico	Gersco	2020	40
Terapia de Soporte Renal con Tecnología de	NIKKISO	2020	5
Actualización en Enfermería	National Clinics	2017	5
Atención Integral de Víctimas de Violencia Sexual	Sub red Integrada de Servicios de Salud Centro	2016	20
Desafíos frente a infecciones con VIH SIDA	Sub red Integrada de Servicios de Salud Centro	2016	4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 180 de 1995, 480 y 443 de 1998)

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

Sideap
Última Actualización: 11-mar-2021

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Diplomado en Ciudadano Crítico	Infosalud	2004	60
Técnico Auxiliar De enfermería	cemca	1999	820



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
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	notificacionesjudiciales@subredcentroorient.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282825	DÍA 21 MES 3 AÑO 2014		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO	CRA 14 N 1 45 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA ROSARIO		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	unidadrosario@clinica.org	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6548484	DÍA 1 MES 5 AÑO 2008		DÍA 18 MES 1 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	UNIDAD DE CIUDADOS INTENSIVOS	AVENIDA 19 No. 135 24 CoDRITOS	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1990)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
C.S.E.

Sideap
Última Actualización: 11-mar-2021

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
UNIDAD HOSPITALARIA HCCEN DIRECCION DE SANIDAD POLICIA	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	blancanubias.lva@yahoo.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4563824	DÍA 1 MES 8 AÑO 2005		DÍA 1 MES 12 AÑO 2005
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	PEDIATRIA URGENCIAS MEDICINA IN	CAN CALLE 26 No. 47 15	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CAJA DE PREVISION SOCIAL	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	blancanubias.lva@yahoo.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4563824	DÍA 10 MES 5 AÑO 1998		DÍA 1 MES 11 AÑO 1998
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
OFICIAL ADMINISTRATIVO	RECURSOS HUMANOS	AVENIDA SUBA No. 104 34	

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	1	8
Pública	17	9
Total	19	6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 740 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap^{ad}

Última Actualización: 11-mar-2021

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 59 DE LA LEY 100/95)

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Buenos Aires

15 Marzo 2021

DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

CGH 51659369 Bta

CONSERVACIONES DEL ESTADO

LA VERACIDAD DE LOS DATOS ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, HA SIDO COMPROBADA POR EL DOCUMENTO NÚMERO...

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

Última Actualización: 11-mar-2021

I. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, BLANCA NUBIA SILVA CORTES

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 51659369

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección TV 78 I BIS A # 41 F 57 Sur

Teléfonos 3505926571 4563824

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANDREA ESTEFANIA SANTAMARIA SILVA	1000160844	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	\$ 2.000.000,00
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	\$ 2.000.000,00

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 de Bogotá	Cuenta de ahorros	102648755	AVENIDA PRIMERA	\$ 1.250,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	TV 78 I BIS A # 41 F 57 SUR	\$ 300.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco de Bogota	Tarjeta de credito	\$ 2.500.000,00

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



MINISTERIO DE SALUD

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 S.A.S.

Última Actualización: 11-mar-2021

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CC# 51659369 Btá

BOGOTÁ D.C. 11-mar-2021

CIUDAD Y FECHA

Señores

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

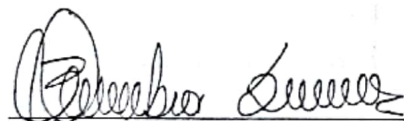
Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

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 22 de Enero de 2021

Cordialmente,


C.C. 51659369 BVA

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como Servidor Público 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 Código de Integridad de la Subred 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 servidor público.
- Actuar bajo los lineamientos del código de integridad, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

Nombre: Blanca Tuvia Silva Cortes.

Documento: 51659369 Bta'

Cargo: Aux. Enfermería.

Fecha: 22 Enero / 2021

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA POLICIA NACIONAL
BIENESTAR SOCIAL EL CENTRO
NOCTURNO DE BACHILLERATO
NUESTRA SEÑORA DE FATIMA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN

RESOLUCION No. 3962 DEL 18 DE NOVIEMBRE DE 1968

CONFIERE A

Blanca Nubia Silva Cortés

c.c. No 51'659.369 de Bogotá

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA
VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.



RÉCTOR



SECRETARIO



DADO EN BOGOTA D.E. A 29 DE NOVIEMBRE DE 1984

ANOTADO AL FOLIO 56-5 LIBRO DE REGISTRO No. 85

SECRETARIO DE EDUCACION

Man Samp

Nº 319173

República de Colombia

La Escuela de Auxiliares de Enfermería
C E M C A



Institución de Educación no Formal
Licencia de iniciación de labores según resolución No. 5624
del 26 de Diciembre de 1994

Confiere el presente Certificado de

Técnico

en

Auxiliar de Enfermería

A

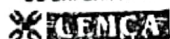
Blanca Nubia Silva Cortés

C.C. 51.659.369 Bogotá

Por haber culminado satisfactoriamente el programa de Auxiliar de Enfermería, realizado
del 15 de Enero de 1998 al 26 de Nov. de 1999 con una duración de 2.000 horas.

Rector

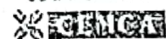
ESCUELA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA



RECTORIA

Directora

ESCUELA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA



DIRECCION

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a los 27 días del mes de Nov. de 1999



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

BLANCA NUBIA SILVA CORTES

Con Cedula de Ciudadania No. 51.659.369

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

**PROFUNDIZACIÓN TÉCNICA EN
ATENCION DEL PACIENTE ADULTO EN UNIDAD DE
CUIDADO INTENSIVO.**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá,
a los diez (10) días del mes de diciembre de dos mil catorce (2014)*

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

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

21280224 - 10/12/2014

No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940300761050CC51659369C.

ACTA DE GRADO

POLICIA NACIONAL BIENESTAR SOCIAL EL CENTRO NOCTURNO DE BACHILLERATO NUESTRA SEÑORA DE FATIMA

Inscripción S.E. 1490

DANE 111001-33654

Dirección Diagonal 49 Sur No. 48-71 Teléfono 2-30-16-48 Extensión 25

Jornada Nocturna

En la ciudad de Bogotá a los veintinueve (29) días del mes de Noviembre del año 1984 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO CENTRO NOCTURNO DE BACHILLERATO "NUESTRA SEÑORA DE FATIMA"

Institución aprobada hasta 6o. Bachillera en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA, según Resolución No. 3962 del 18 de Noviembre de 19 68

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación: BLANCA NUBIA SILVA CORTES

C.C. 51.659.369 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 06 de fecha 29 de Noviembre de 1984 que consta de 82 alumnos que comienza con el nombre de JORGE ENRIQUE ALBARRA-CIN GARCIA y se cierra con el nombre de ISRAEL VANEGAS RIVERA, firmado y sellado por ALFONSO ACOSTA ROMERO

(Rector) y MARIA NATIVIDAD VALLEJO DE BERNAL (Secretario).

Dada en Bogotá a los 22 días del mes de Marzo de 19 85

Firmado y Sellado


ALFONSO ACOSTA ROMERO
RECTOR El Rector o Director
Nº 17.053.720 de Bogotá


MARIA N. VALLEJO DE BERNAL
El Secretario

c.c. No. 41.451.923 de Bogotá

DIPLOMA No. 74

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

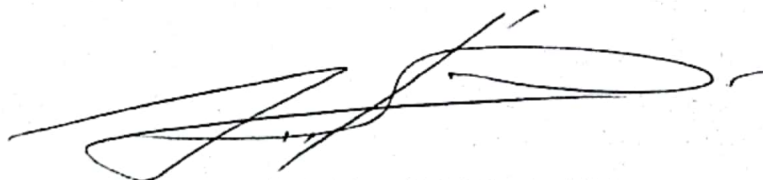
En la ciudad de Santa Fé de Bogotá, a los veintiseis (26) días del mes de noviembre de mil novecientos noventa y nueve (1999), se reunieron los suscritos Rector y Directora de la Escuela de AUXILIARES DE ENFERMERIA "CEMCA" con el fin de estudiar los resultados académicos y prácticos de los estudiantes de cuarto semestre, con el propósito de conferirles la certificación correspondiente como AUXILIARES DE ENFERMERIA.

Comprobada la situación académica y verificadas las diferentes actividades de prácticas de atención primaria y secundaria de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al último semestre de AUXILIARES DE ENFERMERIA, se procedió a otorgar el certificado al egresando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

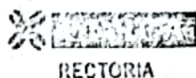
SILVA CORTES BLANCA NUBIA
C.C. 51.659.369 de Bogotá

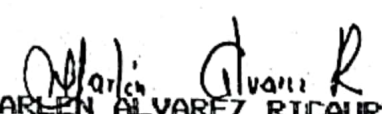
Es fiel copia tomada del Acta General de Grado No. 015 de fecha veintiseis (26) de noviembre de mil novecientos noventa y nueve (1999), que consta de 249 alumnos, que comienza con el nombre de **ABAUNZA RUEDA MARIA HELENA** y termina con el nombre de **YEPEZ CUERO RITA BELARMINA**, firmada y sellada por **LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ** (Rector) y **MARLEN ALVAREZ RICAURTE** (Directora).

Dado en Santa Fé de Bogotá D.C., a los veintisiete (27) días del mes de noviembre de mil novecientos noventa y nueve (1.999).

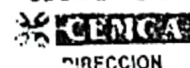

LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ
C.C. No. 17'037.843 de Btá

Rector
ESCUELA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA




MARLEN ALVAREZ RICAURTE
C.C. No. 39.520.613 de E/vá

Directora
ESCUELA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA





Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE:
BLANCA NUBIA SILVA CORTES

C.C. 51659369

Realizó y completó lo requisitos del curso:

**Elementos de Protección Personal de uso comunitario con énfasis
en COVID 19.**

Con una intensidad horaria de:

4 Hora

Esta constancia fué generada en Bogotá D.C., Colombia, el día:

martes 1 de diciembre de 2020


VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional
Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana



NIKKISO

Certifica que :

Blanca Nubia Silva

C.C. 51659369

Aprobó satisfactoriamente el curso de certificación en manejo de:

Terapias de Soporte Renal Continuo con Tecnología
Aquarius Platinum

Intensidad: 5 Horas

Bogotá, 04 de septiembre de 2014

Angelica Maria Villegas.

Angelica Villegas
Especialista de soporte renal
continuo y plasmaféresis



CAJA DE PREVISION SOCIAL
DE SANTA FE DE BOGOTA, D.C.
CLINICA HOSPITAL
FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS
Servicio de Pediatría

HACE CONSTAR

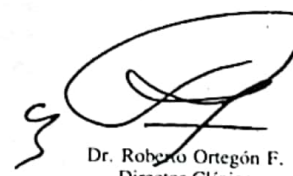
QUE: BLANCA NUBIA SILVA CORTES

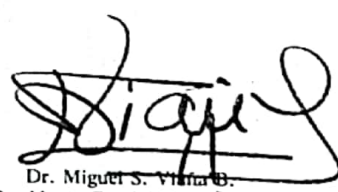
Asistió a las Cuartas Jornadas de Actualización en Pediatría
en calidad de COMITE ORGANIZADOR

Intensidad: 15 horas - Octubre 3, 4 y 5 de 1991


Dr. Rafael Cortés Otálora
Gerente


Dr. Estanislao González
Director Científico


Dr. Roberto Ortigón F.
Director Clínico


Dr. Miguel S. Viana B.
Presidente Comité Organizador

FUNDAEMPRESA BOGOTA

FUNDACION PARA EL FOMENTO DE LA INICIATIVA EMPRESARIAL

EL MINISTERIO DE DESARROLLO Y LA CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LAS
MICROEMPRESAS - MICROEMPRESA & COMPAÑIA

Certifican que

BLANCA NUBIA SILVA CORTES

C.C. No. 51.659.369 de Bogotá

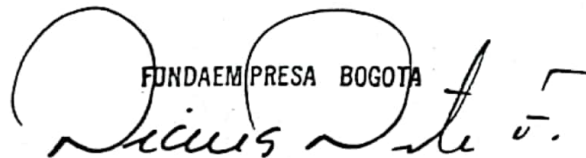
Participó en el seminario taller sobre

CREACION DE EMPRESAS

Dictado por FUNDAEMPRESA BOGOTA

Duración 114 horas

Santa Fe de Bogotá D.C., Julio 9 de 1997


FONDAEMPRESA BOGOTA
Director Ejecutivo


Gabriela López De Nasci M.
Director de Programa

REPUBLICA DE COLOMBIA

ESCUELA NACIONAL DE SISTEMAS

Aprobada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., como instituto privado de educación no formal,
mediante Registro No. 4405 del 3 de Febrero de 1988

CERTIFICA

Que **BLANCA NUBIA SILVA C.**

C.C. **51.659.369**

Expedida en: **Bogotá**

Cumplió satisfactoriamente el programa ofrecido en el curso de, INTRODUCCION, D.O.S, WORDPERFECT,
QPRO, FOXPRO, WINDOWS, WORD, EXCEL, POWER POINT.

Con una duración de **160** horas.

En constancia, se firma en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. a los **20** días del mes de **Mayo** de **1.997**


Blanca Nubia Silva C.
Director

ESCUELA NACIONAL DE SISTEMAS
DIRECTOR ACADEMICO
[Signature]
Coordinador Académico



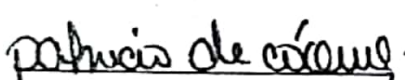
La Caja de Previsión Social de Bogotá. D.E.
Clinica-Hospital Fray Bartolomé de Las Casas
COMITE DE INFECCIONES

CERTIFICA

QUE BLANCA NUBIA SILVA CORTES

Asistió al curso
MANEJO DEL PACIENTE
CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
"SIDA"

Intensidad Horaria: 10 Horas. Bogotá, D.E. Noviembre 8 - 89


Dra. Patricia Montejo de Cáceres
Gerente


Dr. Eduardo Cuéllar Cubides
Director Científico


Dr. Jaime Casasbuenas Ayala
Director Clínica


Dr. Efraín Leal González
Presidente Comité Infecciones

Cortesia EMCLA 11111

Bogotá D.C

Señores:

CEMCA. Escuela de Auxiliares de Enfermería.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Blanca Nubia Silva Cortes. 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:

Técnico en Auxiliar en Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Blanca Nubia Silva Cortes

No. de documento:

51'659369 Btc'

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Tiana 78 IBis A# 41P57 Sur.

Teléfono:

3505926571 -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.659.369

SILVA CORTES

APELLIDOS

BLANCA NUBIA

NOMBRES

Blanca Silva

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1962

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

A+

G.S. RH

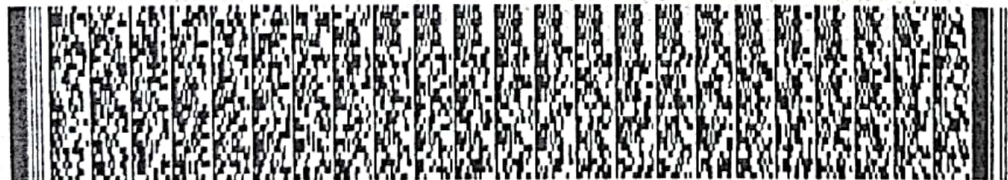
F

SEXO

20-DIC-1980 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00031321-F-0051659369-20080725

0001472344A 1

1190006589



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Registro Tributario
Versión 1.0 - 2015

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14285710461



(415)7707217489984(8070) 000001428571046 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 1 6 5 9 3 6 9

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 1 6 5 9 3 6 9

27. Fecha expedición:

1 9 8 0 1 2 2 0

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SILVA

32. Segundo apellido

CORTES

33. Primer nombre

BLANCA

34. Otros nombres

NUBIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 78 I BIS A 41 F 57 SUR BRR LOS PERIODISTAS KENNEDY

42. Correo electrónico:

bmbiasilva@yahoo.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

2 6 4 5 7 5 9

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 5 0 7 0 5

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

3 2 2 3

52. Número establecimientos

Reponsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CIPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 4 0 3 1 7

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RUIZ SARMIENTO LUZ MARINA

985. Cargo: Analista II



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

Fecha: 18-08-2016
Hora: 2:48:44 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 51659369-7 BLANCA NUBIA SILVA CORTES

Información General

Dirección TV 78 I BIS A 41 F 57 SUR KENNEDY

Teléfonos 2645759

Dirección electrónica bnubiasilva@yahoo.com

Fax 3203384792

Información de Registro

Fecha Inscripción 18/08/2016

Soporte Inscripción 22438598

Fecha Inicio Actividades 02/02/1982

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001063940



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

Fuente ICA TE TOCA

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



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No 006967 de NOV. 09 2000
Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

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) SILVA CORTES BLANCA NUBIA Identificado(a) con CC número 51659369 expedida en BOGOTÁ D.E solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA el día 27/11/1999 y registrado en el libro XX Folio XX año XX

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 SILVA CORTES BLANCA NUBIA identificado(a) con CC número 51659369 expedida en BOGOTÁ D.E para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA 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

NOV. 09 2000

Original Firmado

Hector Mario Restrepo Montoya

HECTOR MARIO RESTREPO MONTOYA

Director de Desarrollo de Servicios de Salud

2000 11 09 Bogotá, D.C. 26-04-2001
A la fecha notifique personalmente
al señor (a) Blanca Nubia Silva C.
identificado con la c.c. 51659369 Rsk
a resolución No. 6967 - 09-11-20
quien enterado del contenido firmo
me esplico *Blanca Nubia Silva*

Subred Centro Oriente

Sistema de Gestión Integral - Alme

ReTHUS

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

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1

Cambiar

5637

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2021-03-10--7:52:54 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado	Identificación: Detalles
CC	51659369	BLANCA	NUBIA	SILVA	CORTES	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) BLANCA NUBIA SILVA CORTES identificado(a) con CC 51659369 registra La siguiente información:

2021-03-10--7:52:54 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2000-11-09	6967	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).

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

INSTITUTO DE REFERENCIA ANDINO S.A.S

NIT 800 222 660-6
Calle 13 # 60-49/61, Piso 3
PBX: 57-1-290-0077 Fax 57-1-570-0920
Linea Nacional: 01 8000 114472
Bogotá D.C.
informacion@iralabs.com

Ecuador
Móvil 991 63962 • Fijo +(593) 220 40105
Lineas gratuitas: Andinatel 1 959 170 5919
Pacificel 1 800 999 170 5919
ecuador@iralabs.com

Perú
Móvil 921 466 605
Linea gratuita: 0800546090
peru@iralabs.com

Panamá
Móvil: (507) 6677 0711
Linea gratuita: 011 00 8005709012
panama@iralabs.com

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

Paciente: SILVA CORTES, BLANCA NUDIA

Código IRA: 101157026

Identificación: 51559369

Sexo: F

Médico:

Origen: BOGOTÁ

Ejeda:

Fecha de Recibo: 24/11/2017

Fecha Validación Final: 28/11/2017 06:25:23 p.m.

Código Cliente: SANTA CLARA

Parámetro	Resultado	Unidad	Intervalo Biológico de Referencia
-----------	-----------	--------	-----------------------------------

Inmunología Infecciosa

Hepatitis B (Anti-HBs), Anticuerpos de Superficie

> 1000

IU/L

No Reactivo : Menor de 10.0 IU/L
Reactivo : Mayor o igual a 10.0 IU/L

Técnica: Electroquimioluminiscencia

Iván Leonardo Mojica F. MD, MBA
Gerente General
Registro No. 7351/2008

Validado Por:

Carolina Cardoso Herrera
T.P. # 52.958.599

Certificado de Vacunación

Institución: Hospital Santa Clara
 Nombre: Isabella Natividad Cortés
 Identificación: 51659369 Tel: 3282828

Hepatitis B (Mono)	1	2	3		
Hepatitis B (Multi)	1	2	3	035-3004	Contr. Gl.
DT/TI (Mono)	1	2	3		
DT/TI (Multi)	1	2	3		

Serum Institute of India

Organización Vacunemos Colombia

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 - Código prestador 110010821201

Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaría Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante	Subred de Salud Centro Oriente			
Dir			Nit	
Fecha	Dic 12/2018		Cargo	Enfermera
Tipo de examen	Ingreso	Si	Periódico	Trabajo en alturas

Trabajador				
Apellidos	Silva Cortes		Nombres	Blanca Nobia
ID	SI. 659.369		Tel.	350 592 6571
Profesión	✓		Sexo	F
			Edad	F.
			Diestro	Zurdo

A quien se le realizan los siguientes exámenes.					
Medico Ocupacional	Si	Visiometria	_____	Audiometria	_____
Radiografia	_____	Electrocardiograma	_____	Espirometria	_____
Glicemia	_____	Colesterol	_____	Triglicéridos	_____
Otros					

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones	_____	Puede continuar su labor	_____
Apto con restricciones que no limitan su labor	_____	Puede continuar con reubicación laboral	_____
Apto para el cargo	Si	Examen de retiro satisfactorio	_____
Aplazado por restricciones	_____	Examen de retiro con patologia	_____
Apto para trabajo en alturas	No	No apto	_____

Restricciones médicas ocupacionales
Debe usar anteojos

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal	Si	Valoración por:	_____
Hacer pausas activas	Si	Reubicación laboral temporal	_____
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio	Si	Rehabilitación ocupacional	_____
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	_____	Realización de pruebas complementarias	_____
Otras	usar anteojos		

/ La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Gustavo Contreras
Médico Cirujano - U. NAL.
Especialista Salud Ocupacional
C.O. N° 15006/2015 S.O.S

Médico Licencia en Salud Ocupacional

c.c. 51'659369 Bld

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido

información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.

TRABAJADOR EXAMINADO.

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:

BLANCA NUBIA SILVA CORTES

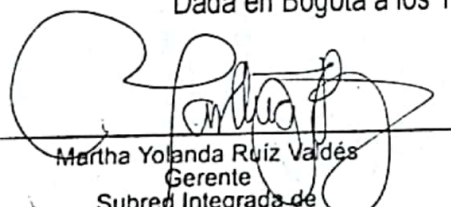
C.C.: 51659369

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas 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 Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

BLANCA NUBIA SILVA CORTES

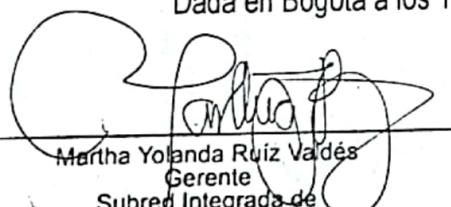
C.C.: 51659369

Asistió a la capacitación en:

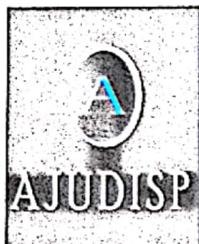
**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

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 Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.



NIT. 901364935-1

ASOCIACION AJUDISP BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994, junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano.

CERTIFICA:

BLANCA NUBIA SILVA CORTÉS

QUE:

C.C. 51659369 DE BOGOTÁ

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

SOPORTE VITAL BASICO

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS



RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C. 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios
Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP AJUDISP AJUDISP

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
AJUDISP Asociación AJUDISP AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ, CUNDINAMARCA A LOS 17 DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2020

Centro Oriente ESE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
ESTRATEGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: E.C.A.F. 001
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-11

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA: 11/03/2021 **CIUDAD:** BOGOTÁ **DEPARTAMENTO:** CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No. 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: SILVA **SEGUNDO APELLIDO:** CORTES **PRIMER NOMBRE:** BLANCA **SEGUNDO NOMBRE:** NUBIA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (Marcar con X): ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ C.C. ☐ NIT ☐ **Nº IDENTIFICACIÓN:** 51.659.369 **LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio/Departamento):** BOGOTÁ **FECHA EXPEDICIÓN (DD-MM-AAAA):** 20/12/1980

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO (DD-MM-AAAA): 23/05/1962 **LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento):** BOGOTÁ **PAÍS NACIMIENTO:** COLOMBIA **NACIONALIDAD:** COLOMBIANA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X): SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ **PERSONAS A CARGO:** 3 **NÚMERO DE HIJOS:** 1 **TELÉFONO Fijo/CÉLULAR:** _____

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA (Marcar con X)

PRIMARIA ☐ **BACHILLER** ☐ **TECNICO** ☒ **TECNOLOGO** ☐ **CUAL:** _____ **PROFESIÓN/ OFICIO:** _____

UNIVERSITARIO ☐ **POSTGRADO** ☐ **MAGISTER** ☐ **OTRO** ☐ **CUAL:** _____ **AUXILIAR DE ENFERMERÍA:** _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: LA ENLUBISA #41 F-57 SUR **CIUDAD RESIDENCIA:** BOGOTÁ **DEPARTAMENTO:** CUNDINAMARCA **PAÍS RESIDENCIA:** COLOMBIA **TELÉFONO RESIDENCIA:** _____

CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO: blancanubiasilva62@gmail.com **PORTAL O PÁGINA INTERNET:** _____ **TIPO DE VIVIENDA (Marcar con X):** PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: _____ **SEGUNDO APELLIDO:** _____ **PRIMER NOMBRE:** _____ **SEGUNDO NOMBRE:** _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (Marcar con X): ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ C.C. ☐ NIT ☐ **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** _____ **LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio/Departamento):** _____ **FECHA EXPEDICIÓN (DD-MM-AAAA):** _____

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐ **NACIONALIDAD:** _____

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA (Marcar con X):

ASALARIADO ☐ **CONTRATISTA** ☐ **PENSIONADO** ☐ **ESTUDIANTE** ☐ **SOCIO** ☐ **PROFESIONAL INDEPENDIENTE** ☐ **HOJGAR** ☐ **COMERCIANTE** ☐ **EMPLEADO SOCIO** ☐ **EMPLEADO PÚBLICO** ☐ **OTRA:** ☐ **CUAL:** _____

INFORMACIÓN SOBRE TARGA RESPONSABLE: **DECLARACIÓN:** SI ☐ NO ☒ **IVA:** SI ☐ NO ☐ **ICA:** SI ☐ NO ☒ **CÓDIGO C.U.T. ACTIVIDAD ECONÓMICA (DIGITAL CÓDIGO):** PRINCIPAL: 8692 SECUNDARIA: _____

TRANSACCIONANTE: SI ☐ NO ☒ **AGENTE RETENEDOR:** SI ☐ NO ☒ **AGENTE AUTODETENEDOR:** SI ☐ NO ☐

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA		SI
☒ NO	SI ☐ NO ☐			
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐
		SALUD ☐	ENERGÍA ☐	ALIMENTOS ☐
FINANCIACIÓN ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐
		TECNOLOGÍA ☐	OTRA: ☐	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO
TELÉFONO Fijo / CELULAR				PAÍS
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN (DD-MM-AAAA)

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS \$)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
INGRESOS	1.700.000	GASTOS FAMILIARES	1.500.000	MONEDAS		DEBITOS	
MONEDAS		ARRENDOS	300.000	INSTRUMENTOS		DEBITOS DE CREDITO	2.000.000
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEBITOS VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEBITOS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	1.700.000
TOTAL INGRESOS	1.700.000	TOTAL EGRESOS	1.500.000	TOTAL ACTIVOS	II	TOTAL PASIVOS	3.700.000
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 Contraparte y debe ser localizable en horario laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BARRERA	GONZALEZ	CAROLINA	
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO Fijo y/o EXTENSIÓN CELULAR
CARRERA 80 C # 8-53 T. 3 APT 1674	BOGOTÁ	AMIGA	3118100954

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
BANCO DE BOGOTÁ	CUENTA DE AHORROS	107678755	AV. PRIMERA DE MAYO	3870000

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

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	CIUDAD/PAÍS	MONEDA	MONTO
IMPORTACIÓN ☐	EXPORTACIÓN ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐
				CUAL:	

8. INFORMACIÓN COMERCIAL (Marcar con X)

¿POR QUÉ MEDIO O CANAL CONOCIÓ SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE?	CORRESPONDENCIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADERO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACIÓN A COPIAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	TELAMADA TELEFÓNICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. 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 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 2009 y 1471 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)

1. Los recursos que contiene y entregue a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.):

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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 Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asimismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinan a actividades lícitas.
5. Notificaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando 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 las sanciones con posterioridad a la firma de este documento, modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Verificado: Clientes con plazo no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de inscripción y retención de declaración de renta si es declarante.
 Pasajero: Clientes con plazo no mayor a 30 días o comprobantes de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
 profesional independiente/contratista por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de honorarios 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.
 Socio: Impresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT)
3. Fotocopia inscripción en el Rn Distrital
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está obligado a declarar)
6. Estados financieros del último año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)

APORTE: Aporte poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

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 INFORMACION 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 regulados 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 Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo tanto, la presente autorización no requiere 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 tratarán 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, entendiéndose por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 3 - 43, teléfono 44 44 84 y a 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, suministraré nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
- b) Que la SE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado expresamente:
- c) FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de Inhabilitación 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.
- n) El tratamiento podrá ser realizado directamente por cada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

4. EJEMPLOS 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 derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UAF, Financol, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de riesgos, 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 capítulo XI del Estatuto de la Corte Constitucional 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.

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

DECLARACION DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la informacion, nos avisan los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a acceder, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recopilado sobre mi.

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: Que los responsables del tratamiento de la informacion son la Subred Integrada de Servicios de Salud como Organismo y sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorizacion. En su caso, los encargados del tratamiento de los datos que se computan, transfieren, transmiten, entreguen o divulgan, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán la Subred Integrada de Servicios de Salud como Organismo y sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (**Diagrama 12 No 5 - 11 Bogotá DC, teléfono 111 11 81, e-mail: virtu@subredintegradaentornoiente.gov.co**) y cualquier otra persona o entidad debidamente autorizada, para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del tráfico.

ACCIÓN: 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.subredintegradaentornoiente.gov.co) en el Link "POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES- ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

II. FIRMA Y HUELLA

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

[Firma manuscrita]

15 Mayo 2021



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 22 de Enero de 2,021

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de INDEPENDIENTE - APOORTE 2%, con la siguiente información:

Tipo de Identificación : CC
 No. de Identificación : 51659369
 Nombre : BLANCA NUBIA SILVA CORTES
 Fecha de Afiliación a CCF : 2012/02/08
 Estado : Afiliado
 Categoría : A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Ult.Sub. Recibido
ANDREA ESTEFANIA SANTAMARIA SIL	1000160844	HI	A	NO	\$0	--	--

La presente certificación se expide con destino a Quien solicite y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIÓN DE INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar



FOR-PGIE-044

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

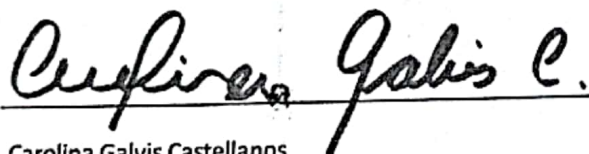
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) BLANCA NUBIA SILVA CORTES identificado(a) con C.C No. 51.659.369, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 900.391.896-3.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 20 de enero del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



**POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora BLANCA NUBIA SILVA CORTES, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.659.369, contratista de la empresa SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 01/01/2020 y fecha fin de contrato 31/12/2021 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101011180673.

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de Enero de 2021.

Cordialmente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luisa Marina Uribe Restrepo'.

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51659369
Numero de Documento

POSITIVA
ARL

BLANCA
Primer Nombre

NUBIA
Segundo Nombre

SILVA
Primer Apellido

CORTES
Segundo Apellido

25/05/62
F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA
Ciudad de Nacimiento

TRANS781 BIS A #41F57 SUR
Dirección de Residencia

4563824
Teléfono Fijo

COMPENSAR
EPS - Salud

COLFONDOS
AFP - Pensiones

\$
Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA
Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

blancanubiasilva62@gmail.com
Correo Electrónico

3505926571
Celular


Firma del Afiliado

Blanca N. Clavijo Q.
C.C. No. 34411204814
Enfermera P.U.J.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52431204



POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora BLANCA NUBIA SILVA CORTES, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.659.369, contratista de la empresa SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 01/01/2020 y fecha fin de contrato 31/12/2021 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101011180673.

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de Enero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 159259928



WEB

17:29:38

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 de enero 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) BLANCA NUBIA SILVA CORTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51659369:

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.

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 sábado 23 de enero de 2021, a las 17:31:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51659369
Código de Verificación	51659369210123173153

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 23 de Enero de 2021 - 17:33 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) **BLANCA NUBIA SILVA CORTES**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UNO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE** de BOGOTÁ D.C.

51659369

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 figureren 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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **1_CXTC_3317**

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

CamScanner 01-22-2021 21:28 - Pá x Policia Nacional de Colombia x +

← → ↻ 🔒 antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml 🔍 ☆ Incógnito ⋮

 DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 20:23:41 horas del 10/03/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° 52659369

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.

 21_CERTIFICACION....pdf ^

Mostrar todo x

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que BLANCA SILVA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 51.659.369 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 102648755, abierta/o desde el 15/4/2014.

Se expide en Bogotá el día 22 del mes de Enero del año 2021 con destino a: Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO