FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 10

Última Actualización: 14 enero 2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VEGA	MANRIQUE	HAZBLEHIDY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52797842

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 20 MES JUL AÑO 1974

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogota D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 61 A SUR No. 100A 47 BOSA

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 7758036

EMAIL: tania.hazbleidy@yahoo.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACION BASICA											TITULO: BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES: JUNIO AÑO: 2014
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO.

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCION DE FORMACION	AÑO TERMINACION	HORAS
CURSO VIRTUAL PRIMEROS AUXILIOS CRUZ	CRUZ ROJA COLOMBIANA	2020	8
FORMACION BASICA VIRTUAL COVIC 19	CRUZ ROJA COLOMBIANA	2020	4
CURSO PLAN DE SEGURIDAD ESCOLAR	DEFENSA CIVIL COLOMBIANA	2019	26
soporte basico de vida	intersalud	2018	40
SOPORTE VITAL BASICO	INSTITUTO TECNICO EN EDUCACION Y SALUD	2018	40
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	SUBRED INTEGRAL DE SERVICIS DE SALUD	2016	20
ACT Y TALLER EN LA SEG. DE PACIENTE.	HOSPITAL SANTA CLARA	2016	8

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 3.0

Última Actualización: 14-ene-2016

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ACT. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE CRITICO	HOSPITAL SANTA CLARA	2016	6
CURSO DE COMUNICACIONES	DEFENSA CIVIL COLOMBIANA	2016	48
CURSO PARA LA FORMACION DE	DEFENSA CIVIL COLOMBIANA	2016	48
CURSO BRIGADA FORESTAL	DEFENSA CIVIL COLOMBIANA	2016	48
X JORNADA DE ACTUALIZACIÓN PARA	FUNDACION CLINICA SHAIO	2013	15
GESTION DEL RIESGO CONTRA INCENDIOS.	UNIDAD ADMINISTRATIVA CUERPO OFICIAL DE	2013	8
PROGRAMA DE TALLER DE GESTION	DEFENSA CIVIL COLOMBIANA	2013	100
SALUD OCUPACIONAL	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	2012	60
CURSO MANEJO MAQUINA ACUARIO CAMBIOS	LABORATORIOS BAXTER	2012	5
CURSO BASICO FASE I Y FASE II	DEFENSA CIVIL COLOMBIANA	2011	100
SOPORTE VITAL AVANZADO	HOSPITAL CARDIO VASCULAR DEL NIÑO DE	2008	40
CURSO MASIVO DE PRIMER RESPONDIENTE	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2006	8
AUXILIAR DE ENFERMERIA	UNISALUD	2006	1800
BIOSEGURIDAD APLICADA A LA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	2005	40
CURSO BASICO DE LABORATORIO CLINICO	ESCUELA DE SALUD FUSDESA	2002	600

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota D.C.	Bogota D.C.	centroorientesubred3@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3282828	DIA 23 MES 12 AÑO 2015	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
Contratista	Uca A 1	Carrera 14 B N. 1-45 sur

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización 14-ene-2021

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogota D.C	MUNICIPIO: Bogota D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: www.subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 3444484	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 2 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 5 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: ASISTENCIAL	DIRECCIÓN: CR15 1 59 S, BOGOTa.	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA DEL ROSARIO LUCY PROFESIONALES	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAIS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: DIA 22 MES 9 AÑO 2008	FECHA DE RETIRO: DIA 22 MES 10 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: ASISTENCIAL	DIRECCIÓN: TRANSVERSAL 93 NO. 53 32	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL CARDIO VASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogota D.C	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: DIA 10 MES 10 AÑO 2006	FECHA DE RETIRO: DIA 7 MES 10 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: ASISTENCIAL	DIRECCIÓN: CARRERA 1 A ESTE NO. 31 58	

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap

Última Actualización: 14 enero 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: CENTRO MEDICO AIMES LTDA	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogota D.C	MUNICIPIO: Bogota D.C	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 10 AÑO 1997	FECHA DE RETIRO: DIA 19 MES 1 AÑO 1999	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: ASISTENCIAL	DIRECCIÓN: CALLE 44 NO. 13 96	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CENTRO MEDICO AIMES LTDA	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogota D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELEFONOS:	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 10 AÑO 1996	FECHA DE RETIRO: DIA 19 MES 1 AÑO 1997	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: ASISTENCIAL	DIRECCIÓN: CALLE 44 NO. 13 96	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	2	8
Pública	14	3
Total	15	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 14-enero-2021

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

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

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

Hazblehidy Vega M.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION 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

Escaneado con CamScanner

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 3.0

Última Actualización: 14 de [illegible]

DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52297842 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CALLE 61 A SUR No. 100A 47 BOSA **Teléfonos** 3132356070 7758035

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JONATHAN ALEXANDER GARZON VEGA	1012421626	Hijo(a)
ALCIRA MANRIQUE DE VEGA	41515967	Madre
JUAN DAVID GARZON VEGA	1000390076	Hijo(a)
JOSE MANUEL VEGA SANTANA MANUEL	2911805	Padre
SCHNAIDER JERALDT GARZON VEGA	1012404145	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	$ 18.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	008400754183	BARRIO RESTREPO	$ 5.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	CALLE 61ASURN. 100A-47	$ 84.000.000,00

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

Escaneado con CamScanner

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 14-ene-2021

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

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

FIRMA

Hazblehidy Vega M

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

Escaneado con CamScanner

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.

Hazblehidy Vega M
C.C. 52'297.842 Btá

Escaneado con CamScanner

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

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

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

Adicionalmente me comprometo a:

A Contribuir Con mi experiencia y conocimiento, dentro de mi profesion Auxiliar Enfermeria, tambien en Gestion de Riesgo y Manejo de Emergencias y Desastres ala institución

Nombre: Hazblehidy Vega Manrique

Documento: 52'297 842

Cargo: Auxiliar Enfermeria.

Fecha: 22- Enero - 2021.

Escaneado con CamScanner

República de Colombia

La Escuela de Auxiliares de Enfermería del
Centro de Capacitación en Salud

Unisalud

Educación No Formal

Aprobado por la Secretaría de Educación Distrital, Licencia 3623,
Resolución No. 06194 del 27 de octubre de 1983, refrendada por la Resolución
No. 2128 de 1997 y por el Ministerio de Salud. Acuerdo 27 de abril de 1992

Confiere a:

Ratblekidy Vega Manrique

C.C. No. 52.297.842 de Bogotá D.C.

El Certificado de Técnico Laboral en:

Auxiliar de Enfermería

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios correspondient
a los Planes y Programas Vigentes, con una intensidad de 1.900 horas.

Expedido en Bogotá D.C. a los 4 días del mes de Julio de 2006

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre el
Instituto de Formación Para Jóvenes y Adultos

El Pensamiento de Pitágoras

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Según Resolución No. 04 - 0037 del 30 de Junio de 2010

Confiere a:

Hazblehidy Vega Manrique

C.C. No. 52.297.842 de Bogotá

El Título de:

Bachiller Académico

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

INSTITUTO DE EL PENSAMIENTO DE PITÁGORAS JÓVENES Y ADULTOS

Rector

Secretario

Escaneado con CamScanner

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Instituto de Formación para Jovenes y Adultos

EL PENSAMIENTO DE PITÁGORAS

Inscripción DANE: 311001109419

Autorizado por la Secretaria de Educación de Bogotá. D.C. según resolución No. 04-0037 de 30 de junio de 2010.

En la ciudad de Bogotá. D.C. A los veinte (20) días del mes del mes de junio de Dos Mil catorce (2014). Se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario del Instituto de Formación para Jóvenes y Adultos EL PENSAMIENTO DE PITÁGORAS, Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaria De Educación Distrital Para Otorgar El título de Bachiller Académico según Resolución N° 04-0037 del 30 de Junio de 2010.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los Alumnos(as), que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se Procedió a otorgar el

TÍTULO DE
BACHILLER ACADÉMICO

al graduado cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Hazblehidy Vega Manrique

C.C. 52.297.842 de Bogotá.

Es fiel copia tomada del Acta original General N° 008, Folio N°9769 de Fecha 21 De junio de 2014, que consta de 680 alumnos(as) graduandos: Comienza con el nombre de ACEVEDO MUTIS TEIBY y se cierra con el de ZULUAGA LOPEZ OSCAR JAVIER.

Firmada y sellada por ELICIO DE JESUS LOPEZ FLECHAS, Rector, ROBERTO GALINDO GONZALEZ, Secretario.

Dada en Bogotá, D.C. A los (21) Días del mes de junio del año 2014

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron,

ELICIO DE JESUS LOPEZ FLECHAS
C.C. No [illegible] de Duitama
Rector

ROBERTO GALINDO GONZALEZ
C.C. No 19.052.137 de Bogotá
Secretario

Escaneado con CamScanner

Centro de Capacitación **UNISALUD**

Aprobado por la Secretaría de Educación Distrital, Licencia 3623, Resolución No. 06194 del 27 de octubre de 1988, refrendada por la Resolución No. 2128 de 1997 y por el Ministerio de Salud, Acuerdo 37 de abril de 1992

ACTA No. 57

En el Auditorio de **COMFACUNDI,** de esta ciudad, en acto presidido por el Médico Director del Centro de Capacitación **UNISALUD**, Doctor **EFRAIN GARTNER NICHOLLS**, y en presencia del cuerpo de profesores previo juramento de rigor, se le hizo entrega a:

HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

Con cédula de ciudadanía número 52.297.842 de Bogotá D.C. del certificado que la acredita como **TÉCNICO LABORAL** en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Por haber cumplido con todos los requisitos académicos para educación no formal y con las horas reglamentarias de prácticas conforme a disposiciones legales.

En testimonio de lo anterior se firma la presente en Bogotá D.C. a los cuatro (4) días del mes de julio de dos mil seis (2006)

EFRAIN GARTNER NICHOLLS
Director

ELSA ZARATE SANTAMARÍA
Secretaria Docente

Escaneado con CamScanner

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE:

HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

C.C. 52297842

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 Horas

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

lunes 30 de noviembre de 2020

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO
Líder Educación Nacional
Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Escaneado con CamScanner

Libertad y Orden

Defensa Civil Colombiana
Subdirección de Capacitación y Entrenamiento
Seccional Bogotá

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de Mayo de 2015, EDUCACION INFORMAL

Expide la constancia de asistencia a:

HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

Identificado (a) con Nº 52.297.842

Al:

CURSO PLAN DE SEGURIDAD ESCOLAR

Intensidad horaria 26Horas

Realizado en Bogotá Fecha: Del 21 al 28 de Febrero de 2019

Dado en: Bogotá a los: 01 días del mes: Marzo de 2019

VALIDO POR 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Director
Defensa Civil Colombiana
Seccional Bogotá

Coronel (rva) DIOGENES SERRANO FERNANDEZ
Director Seccional Bogotá (E)

Escaneado con CamScanner

El Hospital Santa Clara

certifica que

HAZBLEHIDY VEGA

Ha participado en la

Actualización de riesgos clínicos del paciente crítico y uso de las "Buenas Prácticas para la seguridad del paciente"



Celebrado en Bogotá D.C, el día de 9 Febrero 2016, con una intensidad horaria de 6 horas

OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES
Subdirectora Científica

ADRIANA MILENA BEDOYA
Referente de Seguridad del Paciente

MAYERLY MARTINEZ HERRERA
Coordinadora de Enfermería UCI

Escaneado con CamScanner

El Hospital Santa Clara

certifica que

HAZBLEHIDY VEGA.

ha participado en la

Actualización y Taller
de fortalecimiento en la seguridad del paciente
"Buenas Prácticas para el uso del sistema libre de agujas"

Celebrado en Bogotá D.C. el día 27 de Enero 2016.

Baxter

ADRIANA MILENA BEDOYA CONDE
Referente de Seguridad del Paciente

DIANA MEJIA GUERRERO
Especialista Linea Terapia de Fluidos

Escaneado con CamScanner



JORNADA DE ACTUALIZACIÓN
PARA AUXILIARES DE
ENFERMERÍA

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN A:

HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

Con cédula de Ciudadanía:

52297842

Por su asistencia a:

X JORNADA DE ACTUALIZACIÓN PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Con una intensidad horaria de 15 horas
Julio 11 y 12 de 2013, Bogotá, Colombia

Patricia Granados Moreno.
Directora Departamento de Enfermería.

Solmayra Ortega Acuña.
Coordinadora de Educación de Enfermería.

Escaneado con CamScanner

DEFENSA CIVIL COLOMBIANA
DIRECCIÓN SECCIONAL BOGOTÁ D.C

Certifican que:

Sra. HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

DI 52.297.842

Cumplió satisfactoriamente con los objetivos del:

CURSO DE COMUNICACIONES

Intensidad horaria: 48 Horas Modalidad Externado
Realizado en Bogotá, DC al Mes de Junio 04, 05, 06, 11 y 12 de 2016 , en el Salón Comunal Junta El Jazmín – Bogotá D,C Carrera 50 # 1 D Tel: 7750033 Ext: 113

Dado en: Bogotá, DC a los 21 días de Agosto de 2016

TS. EDERLEY TORRES AGUDELO
Coordinador (e) Capacitación
Zona Operativa

Cr® RAFAEL EDUARDO FANDIÑO MORA
Director Seccional
Defensa Civil Bogotá, DC.

Listos en Paz o Emergencia

0019-2016

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Escaneado con CamScanner

DEFENSA CIVIL COLOMBIANA
DIRECCIÓN SECCIONAL BOGOTÁ D.C

Certifican que:

HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

DI 52 297.842

Cumplió satisfactoriamente con los objetivos del:

CURSO BRIGADISTA FORESTAL

C.B.F

Intensidad horaria: 48 Horas Modalidad Internado
Realizado en Bogotá,. DC los días del 22 de Mayo hasta el 19 de Junio
Escuela Carlos Lleras Restrepo.

Dado en: Bogotá, DC a los 21 dias del Mes de Agosto de 2016

TS. EDERLEY TORRES AGUDELO
Coordinador (e) Capacitación
Zona Operativa

Cr (Ra) RAFAEL EDUARDO FANDIÑO MORA
Director Seccional (E)
Defensa Civil Bogotá, DC.

50 AÑOS

Listos en Paz o Emergencia"

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

0031-2016

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Unidad Administrativa Especial
Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá D.C.
certifica a:

HAZBLEHIDY VEGA

Por haber asistido al Primer Encuentro Local de Gestión del Riesgo contra Incendios, materiales peligrosos y accidentes en el hogar, realizado en la localidad de Bosa, el 20 de abril de 2013 en la ciudad de Bogotá D. C.

Euclides Mancipe Tabares
Director UAECOB

UAECOB

BO OTÁ HUMANA

Encuentro Local de Gestión del Riesgo
Contra incendios, materiales peligrosos y accidentes en el hogar

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52297842

Cursó y aprobó la acción de Formación

SALUD OCUPACIONAL

Con una duración de 60 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Espinal a los Tres (03) días del mes de Octubre de Dos Mil Doce (2012)

PEDRO EDUARDO FONTAL APONTE
SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA
REGIONAL TOLIMA

SGCV20124665636 03 10 2012
No. Y FECHA DE REGISTRO

Escaneado con CamScanner

Confianza

CONSTANCIA DE ENTRENAMIENTO

A Nombre de

Hazblehidy Vega

En reconocimiento a la participación en la capacitación de

Colleague CXE Cambios y Manejo

Colombia, 2012

Sandra L.

Entrenador Certificado en Colleague CXE 001

Escaneado con CamScanner

Defensa Civil Colombiana

Dirección Seccional Bogotá D. C.

"LA INSTITUCIÓN SOCIAL Y HUMANITARIA MÁS GRANDE DEL PAÍS"

Diploma de Líder Voluntario activo D. C.

CURSO BASICO FASE II

Por haber reunido los requisitos académicos y personales se confiere el presente certificado

A: HASBLEIDY VEGA

Que lo acredita como Líder Voluntario activo de la Institución

Con antigüedad del SEPTIEMBRE 22 *de* 2013

Resolución: 01 *Fecha:* SEP 22/2013

Jefe Zona Operativa Bosa

Escaneado con CamScanner

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Hazblehidy Vega Manrique*

Asistió al curso Básico de

LABORATORIO CLINICO

Con una intensidad de 20 horas

FUNDACION DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA" ESCUELA DE SALUD PLAN BOGOTA

Roberto Galindo González	Dr. Pedro Nel Pérez Ardila	Bacterióloga
Presidente	Director Académico	

Escaneado con CamScanner

Bogotá D.C

Señores:
UNISALUD

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE__ 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:

__AUXILIAR DE ENFERMERIA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente:

Firma Hazblehidy Vega M.

No de documento 52297842

Tarjeta profesional No: 52297842

Dirección de contacto: tania.hazbleidy@yahoo.es

Teléfono:

Escaneado con CamScanner

CENTROS MÉDICOS AIMES LTDA.

CENTRO AV. PEPE SIERRA
AVENIDA 116 No.34 - 03
TEL. 215 0806 - 215 8451
214 40 87 - 214 56 09
FAX. 620 81 51

CENTRO PALERMO
Calle. 44 No. 13-06
Tels. 285 60 85 - 285 53 59
285 65 65 - 245 78 43

CENTRO SANTA ISABEL
Calle 1a A No. 27 - 15
Tels. 277 17 31 - 277 18 79
277 96 76 - 237 07 53

CERTIFICO :

Que la Señora HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE, identificada con Cédula de Ciudadanía # 52.297.842 DE BOGOTÁ D.C. , laboro en nuestra empresa desde Noviembre de 1997 hasta Enero 19 de 1999 , en el cargo de auxiliar de enfermería , demostrando honorabilidad y cumplimiento en todas las funciones asignadas.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Marzo de 1999.

AIMES LIMITADA
Nit 860.045.391-9
Dpto. de Contabilidad

AIMES LTDA

Escaneado con CamScanner

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD "COOPSSALUD C.T.A"

UNA VEZ VERIFICADOS LOS REGISTROS CERTIFICA QUE:

La Señora ***HAZBLEYDY VEGA MANRIQUE***, identificada con cedula de ciudadanía N° 52.297.842 de Bogota, laboro en esta institución como ***AUXILIAR DE ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTESIVOS***, en lo cual muestra ser una persona bien capacitada para la ocupación de este cargo en cualquier institución, se define como una persona seria, responsable que cumplió satisfactoriamente su labor hasta el día 22 de Septiembre de 2009.

Se expide a los 29 Días del Mes de Octubre de 2009.

Cualquier información adicional con gusto la atenderemos en el teléfono 2166567.

Cordialmente,

EDITH ROJAS
JEFE DE RECURSO HUMANO
COOPSSALUD CTA

Transversal 93 No. 53-32 Interior 17
Telefono: 2516684 - E mail: coopsaludc@gmail.com
Bogota, D.C.

Escaneado con CamScanner

Bogotá, 12 de marzo de 2.002

A QUIEN INTERESE.

Certifico que HASBLEIDY VEGA MANRIQUE identificada con cédula de ciudadanía No. 52.297.842 Bogoté, trabajo en este LABORATORIO CLINICO durante ocho (8) meses como auxiliar, tiempo en el que se caracterizó por su honestidad, cumplimiento y responsabilidad.

CORDIALMENTE:

Carmenza Ahumada Toledo
BACTERIOLOGA C.M.C.
REG. 710 S.S.S.

CARMENZA AHUMADA

BACTERIOLOGA

CC. 41.523.115 Bogotá.

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

NIT 860.020.168 - 1

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **VEGA MANRIQUE HAZBLEHIDY** identificado con cédula de ciudadanía **52297842**, ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con esta institución así:

AS 801 2012	del	24 al 29 de febrero de 2012
AS 882 2012	del	16 al 31 de marzo de 2012
AS 975 2012	del	17 de abril al 31 de mayo de 2012
AS 1194 2012	del	25 al 30 de junio de 2012
AS 1410 2012	del	16 al 31 de julio de 2012
AS 1492 2012	del	06 al 31 de agosto de 2012
AS 1749 2012	del	01 al 30 de septiembre de 2012
AS 2394 2012	del	01 al 31 de octubre de 2012
AS 2825 2012	del	02 al 30 de noviembre de 2012
AS 3616 2012	del	01 al 31 de diciembre de 2012
AS 523 2013	del	01 de enero al 30 de junio de 2013
AS 2056 2013	del	01 de julio al 31 de agosto de 2013
AS 2579 2013	del	01 al 30 de septiembre de 2013
AS 3809 2013	del	07 al 31 de octubre de 2013
AS 4669 2013	del	20 de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 0299 2014	del	01 de enero al 31 d mayo de 2014
AS 1818 2014	del	03 de junio al 31 de agosto de 2014
AS 3229 2014	del	01 de septiembre al 31 de octubre de 2014

	ELABORÓ
FIRMA	
NOMBRE	Ana Sofía Bautista Muñoz
CARGO	Profesional Talento Humano

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

NIT 860.020.189 - 1

Continuación de certificado de **VEGA MANRIQUE HAZBLEHIDY**

AS 4287 2014	del	01 al 30 de noviembre de 2014
AS 5187 2014	del	30 al 31 de diciembre de 2014
AS 0367 2015	del	02 de enero al 31 de agosto de 2015

Con Orden de Prestación de Servicios vigente AS 0367 2015, plazo de ejecución del 02 de enero al 31 de agosto de 2015 y actividades como APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Se expide la presente certificación a los veintinueve (29) días del mes de mayo de dos mil quince (2015) a solicitud del interesado.

NUBIA YANNETH OSTOS BUSTOS
Profesional Especializado Talento Humano

	ELABORO
FIRMA	
NOMBRE	Ana Sofia Bernal Muñoz
CARGO	Profesional Talento Humano

Escaneado con CamScanner

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE, identificado(a) con CC. No. 52297842, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
PS 4355 2020	28/05/2020	31/01/2021	$14.924.596
PS 0705 2019	01/02/2019	01/06/2019	$9.452.520
PS 0472 2018	10/01/2018	31/01/2019	$19.870.620
PS 0050 2017	02/01/2017	09/01/2018	$18.512.300

OBSERVACIONES

Contrato PS 0705 2019:
CONTRATO PS 0705 2019 PLAZO DE EJECUCION HASTA EL 31 DE JULIO CON TERMINACION 01 DE JUNIO DE 2019.

Contrato PS 4355 2020:

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

1. Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. 2. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermeria y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital.3. Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.6. Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.7. Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermeria integral del paciente.8. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.9. Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las variables correctamente y dando

Escaneado con CamScanner

cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clínicas de acuerdo al Manual y normatividad vigente de la Entidad 10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.11. Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.12. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.13. Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.14. Realizar la desinfección de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales.15. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.16. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.17. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados de acuerdo al protocolo institucional.18 Portar el uniforme deteniendo en cuenta las normas higiene y bioseguridad de la Subred. 19. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.20. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.21 Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes. 22. Ejercer las actividades propias de la formación técnica de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.

Contrato PS 0705 2019:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

1. Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad2. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica digital.3. Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.6. Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.7. Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente.8. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.9. Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999 10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.11. Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.12. Mantener organizadas las Historias Clínicas de conformidad con el manual de Historias clínicas vigentes para la entidad.13. Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.15. Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.16. Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y realizar los traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran.17. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que

Escaneado con CamScanner

requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.18. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.19. Realizar el control de liquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados.20. Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal. 21. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.22. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.23. Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes. 24. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. 25. Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad.

Contrato PS 0472 2018:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

1. Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad2. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica digital.3. Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.6. Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.7. Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente.8. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.9. Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999 10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.11. Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.12. Mantener organizadas las Historias Clínicas de conformidad con el manual de Historias clínicas vigentes para la entidad.13. Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.15. Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.16. Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y realizar los traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran.17. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.18. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.19. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados.20. Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal. 21. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.22. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.23. Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes.

Escaneado con CamScanner

Contrato PS 0050 2017:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA EJECUTAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

1. Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermeria. 2 Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperación del paciente. 3. Diligenciar los registros de enfermeria para dejar evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas. 4. Aplicar los protocolos establecidos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su entorno de acuerdo con las buenas prácticas sanitarias. 5. Informar al enfermero los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico. 6. Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalización para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. 7. Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad 8. Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y supervisar la fecha de vencimiento de los insumos contenidos en el carro de paro e informar el estado y pérdida de cualquier bien a la instancia respectiva para tomar medidas oportunas. 9. Preparar la logística requerida por el equipo de salud para brindar atención integral al paciente en consulta externa, urgencias y hospitalización. 10. Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. 11. Administrar los medicamentos de acuerdo con las técnicas establecidas.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C. el día 23 de Enero de 2021.

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

Cordialmente,

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

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

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

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

Escaneado con CamScanner

COPIA CEDULA DE CIUDADANÍA HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52297842

VEGA MANRIQUE
APELLIDOS

HAZBLEHIDY
NOMBRES

Hazblehidy Vega Manrique
FIRMA





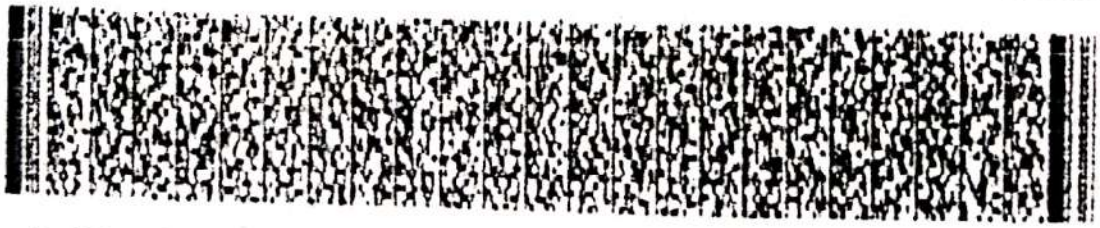
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1974
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

19-AGO-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500107-42103924-F-0052297842-20020829 03988 02240A 01 1147128 42

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14747426842

(415)7707212489984(8020) 000001474742684 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 2 9 7 8 4 2	9	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	5 2 2 9 7 8 4 2	1 9 9 2 0 8 1 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VEGA	MANRIQUE	HAZBLEHIDY	

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: CL 61 A SUR 100 A 47 CA 147 BRR BOSA EL RECREO

42. Correo electrónico: tania.hazbleidy@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 2 3 5 6 0 7 0	3 1 1 8 9 8 6 0 1 9

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
8 2 3 0	2 0 1 2 0 2 0 2	8 2 9 9	2 0 1 2 0 2 0 2	8 6 9 2			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 15 / 16 : 28: 11

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 VEGA MANRIQUE HAZBLEHIDY
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-03-2021 04:28:38PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 17-08-2016
Hora: 3:22:21 PM

CONTRIBUYENTE CC 52297842 HAZBLEIDY VEGA MANRIQUE

Información General

Dirección CL 61A SUR 100A 47 MZ 10 CA 147

Teléfonos 3132356070

Dirección electrónica TANIA.HAZBLEIDY@YAHOO.ES

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/08/2016

Soporte Inscripción 22438101

Fecha Inicio Actividades 02/02/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

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

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001058401

Fuente ICA TE TOCA

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

Escaneado con CamScanner

Secretaría
SALUD

Resolución No 6187 *de* 18/07/2006

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

LA DIRECTORA 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) VEGA MANRIQUE HAZBLEHIDY Identificado(a) con CC número 52297842 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO DE CAPACITACION UNISALUD el día 04/07/2006 y registrado en el libro 2 Folio 75 año 2006

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 VEGA MANRIQUE HAZBLEHIDY identificado(a) con CC número 52297842 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo 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 Bogotá, D.C. a los **18/07/2006**

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Directora de Desarrollo de Servicios.

Bogotá, D.C 08/08/2006
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Hazblehidy Vega Manrique
CC. # 52'297.842

Firma Hazblehidy Vega

Elaboro Victor Sánchez
Revisó Adriana Lozano

Escaneado con CamScanner

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

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

La salud es de todos | Minsalud

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Na

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre *
Cédula de Ciudadanía	52297842	HAZBLEHIDY

Confirme los números de la Imagen *

3411

Cambiar

4975

Verificar Registro en ReTHUS

Resultado General -2021-03-16

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido
CC	52297842	HAZBLEHIDY		VEGA

Escaneado con CamScanner

Dosis Aplicada	Lote	Fecha de Aplicación	Firma Vacunador
1a Dosis		11 MAR	2005
2a Dosis		12 ABR	2005
3a Dosis			
Refuerzo			
1a Dosis			
2a Dosis		11 MAR	2005
1 Dosis			
1a Dosis		11 MAI	2005
2a Dosis		12 ABR	2005
3a Dosis			
Refuerzo			
1a Dosis			

CENTRO DE VACUNACION TAMIA
T A M I A
Calle [illegible] No. 76B
Tel. 545 82 89

*Vigente por [illegible] a partir de la [illegible] del refuerzo anual

CENTRO DE VACUNACION TAMIA

Aventis

¿Que le da más miedo vacunarse o infectarse?

Escaneado con CamScanner

Certificado de Vacunación

Institución: Hospital Santa Clara

Nombre: Ha-Zbleidy Vera Hernandez

Identificación: 52297842 Tel: 32728328

Vacuna	Dosis/Fecha			Lote No.	Firma Vacunador
Hepatitis B(Mono)	1 25-04-13	2 20-06-13	3 29-01-14		
Hepatitis B(Multi)	1	2	3		
DT,TT (Mono)	1	2	3		
DT/TT (Multi)	1	2	3		

Serum Institute of India

Organización Vacunemos Colombia

Escaneado con CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO LAB LTDA.

NOMBRE: HAZBLEIDY VEGA MANRIQUE
ENTIDAD: HOSPITAL SANTA CLARA
FECHA DE RECEPCIÓN: Junio 10 / 2015
FECHA DE VALIDACIÓN: Junio 22 / 2015
FECHA DE IMPRESIÓN: Junio 22 / 2015

RPP: 14
EDAD: 40 Años
DOC: 52297842

INFORME DE RESULTADOS

CÓDIGO 906220

HEPATITIS B, ANTICUERPOS Anti – HBs
Técnica: ELISA (Ensayo Inmunoenzimático)

118,184 UI/L

INTERPRETACIÓN

POSITIVO para Anti – HBs: TITULOS > a 10 UI/L
Remisión de la Enfermedad

RESPUESTA A LA VACUNACIÓN: TITULOS ≥ a 20 UI/L

ANTICUERPOS PROTECTORES
NEGATIVO para Anti – HBs: TITULOS ≤ a 10 UI/L
Ausencia de la Inmunidad

RECOMENDACIÓN: Según CDC Inmunization Practices Advisory Committee, *MMWR*, 40 RR13: 1-25, 1991).

Tiempo aconsejado para la inoculación de refuerzo: después de un año del ciclo de inmunización.

Recib. 06-07-15
Hazbleidy Vega M

RESPONSABLE: ALIX EUGENIA DALLOS BAEZ
TP 084
BACTERIOLOGA

Escaneado con CamScanner

Mi Vacuña

Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos

Certificado de vacunación

Nombres Hazbleidy

Apellidos Vega Manrique

Documento de identidad CC X TI Pasaporte CE PEP

No 52297342

Fecha de Nacimiento Día 20 Mes 07 Año 1974

Escaneado con CamScanner

Aplicación	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
		13 22	Pfizer	EW1194 30621	SBCC Hospital Santa Clara	Leidy Calderon	1053321613
		03 21	Pfizer	EW1196 30	SBCC	Yadi Reyes	1024519267

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

NIt: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá segun
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



Nro. 22812

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 14/12/2016 HORA:11:12		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE		CEDULA: 52297842	EDAD: 44 GENERO: F
EMPRESA: SUBRED CENTRO-ORIENTE		CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	TELEFONO: 3132956070

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoracion Medica Laboral	Si	SATISFACTORIO	Respiratorio	Si	
Espirometria	--		Dermatologia	Si	
Audiometria	--		Osteomuscular	Si	
Visiometria	--		Cardiovascular	Si	
Optometria	--		Prueba de equilibrio	--	
Electrocardiograma	--		Radiologia Tunel carpo	--	
Psicologia Laboral	--		Radiologia Columna	--	
Vacunas	--		Radiologia Torax	--	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	--		Parcial de Orina	--	
Glicemia	--		RH-Grupo Sanguineo	--	
Colesterol	--		KOH Uñas	--	
Trigliceridos	--		Frotis Faringeo	--	
Serologia	--		Coprologico	--	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA)	--	Segun Res.1409 del 3 de Julio de 2012	
Apto Para el cargo sin Restricciones	SI	Aplazado	--
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	--	No Apto Para Este Cargo	--
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	--		--
Examen PERIODICO Satisfactorio --		Examen de EGRESO Satisfactorio	--

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA EL CARGO. ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	--
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	--	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	--	Valoracion y Manejo en IPS	--
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Vision Cercana	--	Dieta - Ejercicio Fisico	--
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--	Control Espirómetria	--
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	--	Control Medico Ocupacional Anual	--
					--

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

He comprendido el proposito los beneficios [illegible] protección y los riesgos del examen medico, paraclinicos y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que [illegible] suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas Entendiendo que el [illegible] es voluntario y libre de toda coacción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de Salud Ocupacional de UMED LTDA, tomara para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de la cual recibire los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar que he leido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS Dr. Camilo Velasquez Velasco MEDICO Especialista RMC 6970 Res. 6970 de 03/08/2009

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. 6970 DE 03/08/2009
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador Hazblehidy Vega M

C.C. No 52'297.842 Bta

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional

Escaneado con CamScanner

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:

HASBLEIDY VEGA MANRIQUE

C.C.: 52297842

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogota a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

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

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

Centro Oriente E.S.E

MEJOR

Escaneado con CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO TECNICO EN EDUCACION Y SALUD

"INTEDSALUD"

INSTITUCION EDUCATIVA PRIVADA

CON NIT: 901024863-1 Y AUTORIZADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL SEGÚN DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DEL 2015 "DECRETO UNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR EDUCACION" EN SU ARTICULO Nº 2.6.6.5 DONDE REGLAMENTA TODO LO REFERENTE A EDUCACION INFORMAL.

CONFIERE A:

HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

D.I: 52.297.842

QUIEN ASISTIÓ Y CUMPLIÓ TODOS LOS REQUISITOS PARA LA APROBACIÓN DEL

CURSO SOPORTE VITAL BASICO

(BLS)

CON UNA INTENSIDAD DE 10 HORAS.

DADO EN BOGOTA D.C A LOS 21 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2020

Instituto Técnico en Educación y Salud "INTEDSALUD"

CAMILO BARON
REPR LEGAL

Instituto Técnico en Educación y Salud "INTEDSALUD"

LORENA OSORIO
DIR ADMINISTRATIVA

ANOTADO EN EL FOLIO: [illegible] LIBRO: [illegible]

VENCE 21 NOV 2022

PARA VERIFICACIÓN DEL MISMO FAVOR COMUNICARSE CON LA INSTITUCION

CEL: 3132767625 3222580080

PBX: 9277753

Intedsalud

Escaneado con CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO TECNICO EN EDUCACION Y SALUD

"INTEDSALUD"

INSTITUCION EDUCATIVA PRIVADA

CON NIT 901024605-1 Y AUTORIZADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL SEGUN DECRETO N° 1075 DEL 26 DE MAYO DEL 2015 "DECRETO UNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR EDUCACION", EN SU ARTICULO N° 2.6.6.5 DONDE REGLAMENTA TODO LO REFERENTE A EDUCACION INFORMAL

CONFIERE A:

HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

D.I: 52.297.842

QUIEN ASISTIO Y CUMPLIO TODOS LOS REQUISITOS PARA LA APROBACION DEL

ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT

"ACLS"

CON UNA INTENSIDAD DE 14 HORAS

DADO EN BOGOTA D.C A LOS 22 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2020

Instituto Técnico en Educación y Salud "INTEDSALUD"

CAMILO BARON

REPR LEGAL

E.C.

LORENA OSORIO

DIR ADMINISTRATIVA

ANOTADO EN EL FOLIO: 1111 LIBRO: 1

VENCE: NOV 2022

PARA VERIFICACION DEL MISMO FAVOR COMUNICARSE CON LA INSTITUCION

CEL 3132767628-3222560680

REG: 027152

Intedsalud

Escaneado con CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO TECNICO EN EDUCACION Y SALUD

"INTEDSALUD"

INSTITUCION EDUCATIVA PRIVADA

CON NIT: 901021863-1 Y AUTORIZADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL SEGUN DECRETO N° 1075 DEL 26 DE MAYO DEL 2015 "DECRETO UNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR EDUCACION". EN SU ARTÍCULO N° 2.6.6.A DONDE REGLAMENTA TODO LO REFERENTE A EDUCACION INFORMAL.

CONFIERE A:

HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

D.I: 52.297.842

QUIEN ASISTIO Y CUMPLIO TODOS LOS REQUISITOS PARA LA APROBACION DEL:

CURSO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

CON UNA INTENSIDAD DE 48 HORAS.

DADO EN BOGOTÁ D.C A LOS 14 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2020

Instituto Técnico en Educación y Salud "INTEDSALUD"

CAMILO BARON
REPR LEGAL

Instituto Técnico en Educación y Salud "INTEDSALUD"

LORENA OSORIO
DIR ADMINISTRATIVA

ANOTADO EN EL FOLIO: ___ LIBRO: ___

VENCE 14 NOV 2021

PARA VERIFICACION DEL MISMO FAVOR COMUNICARSE CON LA INSTITUCION:
CEL: 3132767628-3222580080

PBX: 9277753

Intedsalud

Escaneado con CamScanner

Centro Oriente E.S.E.

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-31

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

FECHA:	[illegible]	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1 de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VEGA	MANRIQUE	HAZBLEHIDY	

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)						No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
CC	X	CE		RC		NUIP	52.297.842	BOGOTA	19/08/1992
PASAPORTE		OTRO		CUAL			ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI	NO

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
20/07/1974	BOGOTA		COLOMBIA	COLOMBIANA

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

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 61A SUR NUMERO 100A47	BOGOTA	CUNDINAMERCA	COLOMBIA	3132356070

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
karla.hazbleidy3@yahoo.es		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GARZON	BARBOSA	ALEXANDER	

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)					NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)	
CC	X	CE		RC		NUIP	80.437.047	BOGOTA	CUNDINAMARCA	
PASAPORTE		OTRO		CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI X	NO	NACIONALIDAD	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X).

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA						CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)		
		SI		IVA	SI		NO X			
		NO	X	ICA	SI		NO X	PRINCIPAL: 8299	SECUNDARIA:	

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

Escaneado con CamScanner

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED CENTRO ORIENTE	900609309-0

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

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 N 5-44	3 444 484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	02/01/2017

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIO	1,600,000	GASTOS FAMILIARES	1,600,000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
PENSIONES		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1,600,000	TOTAL EGRESOS	1,600,000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TORRES	AGUDELO	EDERLEY	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR	
CARRERA 27A N 52A-02	BOGOTA/CUNDINAMARCA	AMIGO	3118986019	

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CTA AHORRO	5.50003E+11	RESTREPO	

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

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE		CORRESPONDENCIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	POR EL WEB SUBRED ☒	LLAMADA TELEFONICA ☐	POR FALSE EMPLEO ☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Yo, [illegible] identificado con [illegible] actuando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción"

1. Que los recursos que entrego y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, profesión, negocio, etc.):

AUXILIAR DE ENFERMERIA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PROCESO ASISTENCIAL

Escaneado con CamScanner

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

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique.)

3. No admitire que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique). ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas

4. Asimismo declaro que los recursos que recibo de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

Escaneado con CamScanner

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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comunes o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador publico 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 Publico

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días expedido por la Cámara de Comercio *(Para Comerciantes)*
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta 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)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notaria Publico

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR 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 reales 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 lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se 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, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.851-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, Teléfono 3 44 44 84 y o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada

Declaro expresamente

A. Que para efectos de acceder a la contratación y o prestación de servicios por parte de la ESE y o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraremos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud

B. Que la ESE y o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales serán tratados por la ESE y o sus Unidades Prestadas de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información actual 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 la 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 cada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios

3. USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compraventa de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y o reaseguros. e) A la UIAF, Fiscalía y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES. Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento

5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas

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

Escaneado con CamScanner

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

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 suprimir los informaciones que se hayan recopilado sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, ESE y sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, con mi datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, facultan, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (*Diagonal 11 Sur 9 ; 11 Bogotá DC, teléfono 111 11 11 , e-mail notifica.subred@centrooriente.gov.co*) y b) Cualquier otra persona natural o legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos por las personas para las finalidades y con los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite www.subredcentrooriente.gov.co en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES"

11. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO EN SU TOTALIDAD Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDADERA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE

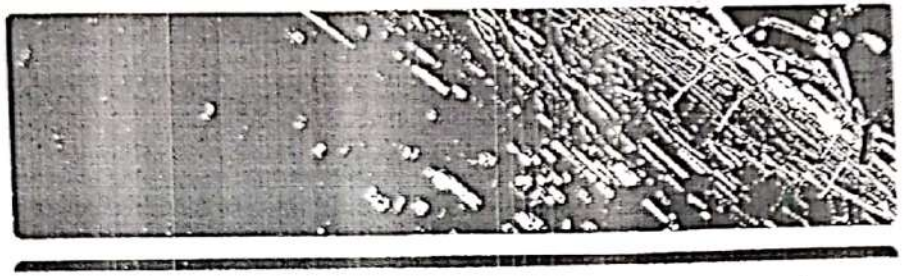
Hazblehidy Vega M.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice 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 verificacion:			
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		6. Firma y No Cédula:			
7. Firma y Cédula				7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
8. Proceso Responsable Subred				8. Proceso Responsable Subred			

Escaneado con CamScanner



POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Puntos totales **100/100**

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

Dirección de correo electrónico *

tania.hazbleidy@yahoo.es

Escribe aquí para buscar

1:11 p.m. 26/05/2020

Escaneado con CamScanner

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE identificado(a) con CC 52297842 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/12/2011**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN INTERESE** , a los 05 dias del mes marzo del año 2021 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

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

Escaneado con CamScanner

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE** identificado/a con documento de identidad Cédula de **Ciudadanía** número **52297842,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2012** 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 05 de marzo de 2021.

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.

Escaneado con CamScanner

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52'297842 Numero de Documento	Seguros Bolivar ARL

Hazblehidy		Vega	Manrique
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

20/07/1974	Bogotá	Calle 61 Sur N°100^47	7-758036
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

famisanar EPS - Salud	Colpensiones AFP - Pensiones	$ Honorarios

Auxiliar Enfermeria Objeto Contractual (Cargo)	 Fecha Inicio del Contrato

hania.hazbleidy@yahoo.es Correo Electrónico	3132356070. Celular

Hazblehidy Vega H Firma del Afiliado	Natalia P. Clavijo C. C.C. No. 52.431.204 Bta Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 52431.204

Escaneado con CamScanner

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Compañía de Seguros Bolivar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909405, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52297842	HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE	CENTRO ORIENTE-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/06/2020		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 5 de Marzo del año 2021.

Firma Representante Legal

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 162383437

WEB
11:36:14

Bogotá DC, 05 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) HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52297842:

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 derivan 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.

Escaneado con CamScanner

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 viernes 05 de marzo de 2021, a las 11:37:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52297842
Código de Verificación	52297842210305113723

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

Escaneado con CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4309598

Bogotá D.C., 5 de Marzo de 2021 - 11:40 am

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS** de BOGOTA D.C.

52297842

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 certificacion 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 pagina web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificacion para la autenticidad del documento es: 3_CZACZ_4011
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Escaneado con CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:34:14 horas del 05/03/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52297842**
Apellidos y Nombres: **VEGA MANRIQUE HAZBLEHIDY**

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 # 69 - 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
Email:
buzonrecepcion@policia.gov.co

Escaneado con CamScanner

DAVIVIENDA

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **14/01/2021**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA.
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor HAZBLEHIDY VEGA MANRIQUE** con **Cédula de Ciudadanía** número **52297842**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550008400754183**
Fecha de apertura	**07/09/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Escaneado con CamScanner