

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 *

yenyvelandia@gmail.com

Documento de Identidad *

1022931912

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:10-Mar-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
YENNY	SIRLEY	VELANDIA SANABRIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022931912

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES FEB AÑO 1987

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera15#7-90

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 0312841992

EMAIL yenyvelan@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller academico				
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*				
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES	DICIEMBRE	AÑO	2006	
										X					

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
SOPORTE VITAL BASICO	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	2020	20
ATENCION DEL PACIENTE ADULTO EN UNIDAD	SENA	2014	100
AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO	ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER	2009	100
técnico auxiliar de enfermería	escuela de salud san pedro claver	2009	1800

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización:10-Mar-2021

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3282828	*FECHA DE INGRESO* DIA 26 MES 07 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL		*DIRECCIÓN* CARRERA 14B # 1-45

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	0	0
Pública	3	10
Total	3	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 10-Mar-2021

Bogotá DC , 10 de Marzo 2021

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Yeny Velandia

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 10-Mar-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, VELANDIA SANABRIA YENNY SIRLEY

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1022931912 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección carrera15#7-90 **Teléfonos**3057869778 0312841992

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LOREN SALOME USECHE VELANDIA	1019766706	Hijo(a)
THOMAS frank USECHE VELANDIA	1027525886	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	$ 18.295.200,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.295.200,00

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	474100059762	hospital militar	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 10-Mar-2021

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Yeny Velandia

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 10-Mar-2021

CIUDAD Y FECHA

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

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

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

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

Para constancia se firma en Bogotá a los __10___de__0 3___de____2021__

Cordialmente,



_____
C.C. 1.022.931.912 de Bogotá Dc

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

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

- Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.

- Promover en mi grupo de trabajo, y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.

- Conocer el Código de Integridad de la Subred Centro Oriente y, por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como servidor público.

- Actuar bajo los lineamientos del código de integridad, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

Prestar mi servicio como auxiliar de enfermería de manera integral, aplicando los protocolos de atención, orientación y servicio al usuario y su familia, desempeñar de manera optima las tareas a mi cargo en los servicios asignados dentro de la institución.

Nombre: Yeny Velandia

Documento: CC 1.022.931.912

Cargo: Auxiliar de enfermería

Fecha: 10/03/2021

COLEGIO LICEO FEMENINO MERCEDES NARIÑO
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
JORNADA MAÑANA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la Ciudad de Bogotá D.C., a los siete (7) días del mes de Diciembre del año dos mil seis(2006), se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de las estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Colegio Liceo Femenino Mercedes Nariño Institución Educativa Distrital, Jornada Mañana. Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Secundaria y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C., para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académico, según Resolución No 2592 del 28 de Agosto del 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Secundaria, se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico a las graduandas cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Yeny Sirley Velandia Sanabria

C. C. 1.022.931.912 Bogotá DC

Es fiel copia tomada del Acta Original General de Grado No. 021 de fecha 07 de Diciembre de 2006 que consta de doscientas (200) estudiantes graduadas, que comienza con el nombre de **LUISA FERNANDA ANGEL SALCEDO**, y termina con **INGRID TATIANA CALDERÓN RAMÍREZ.**

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7º del Decreto No. 180 de 1981, y Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994, Artículo 11, numeral 2º , a los siete (7) días del mes de Diciembre del año dos mil seis (2006).

ERICK ISRAEL ARIZA RONCANCIO
C.C.No 91.010.138 de Barbosa Sder
Rector

LINO ACOSTA ACOSTA
C.C.No 11.377.203 de Fusagasugá
Secretario Académico

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Liceo Femenino Mercedes Nariño

Institución Educativa Distrital
Jornada Mañana

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según Resolución
N° 2502 del 28 de Agosto de 2002.

Confiere a:

Yeny Sirley Velandia Sanabria

1.022.931.912 Bogotá DC

El título de

Bachiller Académico

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

Erich Israel Ariza Roncancio
Rector

Lino Acosta Acosta
Secretario Académico

Registro Interno

Folio N° 033 Acta N° 021

Dado en Bogotá, D.C., a 7 de Diciembre de 2006

La República de Colombia y en su nombre

La Escuela de Salud

"San Pedro Claver"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de la Protección Social según los Acuerdos No. 04 de Noviembre 30 de 1993, No. 118 del 23 de Diciembre de 2008; y las Resoluciones No. 1535 de Abril 14 de 1994, No. 028 de Septiembre 3 de 1998, No. 5069 de Diciembre 17 de 2007 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C

Teniendo en cuenta que:

Yeny Sirley Velandia Sanabria

Identificada(o) con C.C. 1.022.931.912 de Bogotá

Ha terminado satisfactoriamente los estudios y cumplió con las exigencias legales del programa

Auxiliar en Enfermería

Le confiere el presente certificado con Aptitud Ocupacional

SAN PEDRO CLAVER
RECTORIA

Director

Secretaria

Dado en *Bogotá,D.C.* a los *18* días del mes de *julio* de *2009*

Anotado al libro de Registro No._____ Folio____

ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

Bogotá D.C.

Aprobada por el ministerio de la protección social según Acuerdo Ejecutivo N° 04 de 30 de noviembre de 1993 y Acuerdo Ejecutivo N° 118 de 23 de diciembre de 2008, y por la secretaría de educación de Bogotá según Resolución N° 1535 de abril 14 de 1994 y Resolución N° 5069 de diciembre 17 de 2007

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN

En la ciudad de Bogotá D.C., a los dieciocho (18) días del mes de julio del año 2009 se reunieron con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos del programa **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, los alumnos, Directora y Secretario en la Dirección de la **ESCULA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER SEDE SAN ANTONIO**, Institución aprobada por el Ministerio de la Protección Social mediante Acuerdo Ejecutivo N° 04 de noviembre 30 de 1993, Acuerdo Ejecutivo N° 28 de 1998, Acuerdo Ejecutivo N° 118 de 23 de Diciembre de 2008, por la Secretaria de Educación del Dstrito Capital según resolución N° 1535 del 14 de abril de 1994, Resolución 5069 de 17 de diciembre de 2007 y autorizada para otorgar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL**. Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y culminaron los estudios correspondientes al programa de **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, se procedió a otorgar **EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL**, al egresado cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

VELANDIA SANABRIA YENY SIRLEY
C.C N° 1,022,931,912 de Bogotá

Es fiel copia tomada del acta original N° 31-2 de fecha 18 de julio del año 2009 que comienza con el nombre **ACOSTA OROZCO JOHANNA NATALIA** y se cierra con el nombre **ZAMBRANO GALINDO JENNIFER CRISTINA**. Firmado y sellado por **MARIA PATRICIA LOPEZ ROBAYO** (Directora) y por **JAIRO HERNAN FRANCO ROA** (Secretario)

Dado en Bogotá D.C. a los dieciocho (18) días del mes de Julio del 2009.

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER" RECTORIA

MARIA PATRICIA LOPEZ ROBAYO
C.C. 40.367.583 de Villavicencio
Directora

SECRETARIO

JAIRO HERNAN FRANCO ROA
C.C. 6.775.783 de Tunja
Secretario

Registrado en el libro N° 2 anotado al folio N° 144

El ministerio de Educación Nacional y en su Nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS DE COLOMBIA
INABTEC – RESCUE
NIT: *901069117-9*
No de Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R No: 03-2017

HACE CONSTAR QUE:
El Auxiliar de Enfermería

YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA

Identificado (a) con numero de cedula No 1.022.931.912 DE BOGOTA

Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

CURSO MANEJO DEL DUELO

Basado en la resolución 2003 del 2014 del Min. Protección social
Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 30 horas, Realizado en Bogotá D.C. 20 al 22 de Octubre del 2020 ACTA No: 001540
Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0015

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.D.C, EL DIA 22 DE OCTUBRE DE 2020

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Leydi J. Laverde
COORDINADORA ACADEMICA

RM: 075175711
INSTRUCTOR

El ministerio de Educación Nacional y en su Nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS DE COLOMBIA
INABTEC – RESCUE
NIT: *901069117-9*
No de Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R No: 03-2017

HACE CONSTAR QUE:
El Auxiliar de Enfermería

YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA

Identificado (a) con numero de cedula No 1.022.931.912 DE BOGOTA

Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

DIPLOMADO EN HUMANIZACION DE SEVICIOS DE SALUD

Basado en la resolución 2003 del 2014 del Min. Protección social
Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 80 horas, Realizado en Bogotá D.C. 20 al 22 de Octubre del 2020 ACTA No: 001541
Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0015

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.D.C, EL DIA 22 DE OCTUBRE DE 2020

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Leydi J. Laverde
COORDINADORA ACADEMICA

RM: 075175711
INSTRUCTOR

El ministerio de Educación Nacional y en su Nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS DE COLOMBIA
INABTEC – RESCUE
NIT: *901069117-9*
No de Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R No: 03-2017

HACE CONSTAR QUE:
El Auxiliar de Enfermería

YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA

Identificado (a) con numero de cedula No 1.022.931.912 DE BOGOTA

Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

CURSO MANEJO DEL DUELO

Basado en la resolución 2003 del 2014 del Min. Protección social
Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 30 horas, Realizado en Bogotá D.C. 20 al 22 de Octubre del 2020 ACTA No: 001540
Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0015

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.D.C, EL DIA 22 DE OCTUBRE DE 2020

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Leydi J. Laverde
COORDINADORA ACADEMICA

RM: 075175711
INSTRUCTOR

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCUE
NIT: 901069117-9
No. Registro Mecantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R. No. 03-2017

HACE CONSTAR QUE:

YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA

Identificado (a) con número de cedula No 1.022.931.912

Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente diplomado de:

UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (UCI)

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.D.C, EL DIA 30 MAYO 2019

INTENSIDAD HORARIA 120 HORAS,

Christian M. Quintero A.
INABTEC RESCUE
Director Nacional

Coordinación Académica

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

"LEALTAD, CIVISMO Y FIRMEZA"
SOCORRISMO Y RESCATE VOLUNTARIADO
coordinacionacademicainabtec@gmail.com
319 4471404 - 031-3740302 Seccional Bogotá

Leydi J. Laverde
COORDINADORA ACADEMICA

El ministerio de Educación Nacional y en su Nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS DE COLOMBIA
INABTEC – RESCUE
NIT: *901069117-9*
No de Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R No: 03-2017

HACE CONSTAR QUE:
El Auxiliar de Enfermería

YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA

Identificado (a) con numero de cedula No 1.022.931.912 DE BOGOTA

Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

SEGURIDAD Y CUIDADO DEL PACIENTE

Basado en la resolución 2003 del 2014 del Min. Protección social
Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 20 horas, Realizado en Bogotá D.C. 20 de Octubre del 2020 ACTA No: 001542 Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0015

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.D.C, EL DIA 20 DE OCTUBRE DE 2020

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Leydi J. Laverde
COORDINADORA ACADEMICA

RM: 075175711
INSTRUCTOR

Bogotá D.C10 de Marzo 2021

Señores:

ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, **YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA** 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:

TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Yeny Velandia

No. de documento:1.022.931.912

Tarjeta profesional No:1.022.931.912

Dirección de contacto: CARRERA 15 # 7 -94

Teléfono:3057869778

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) YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA , identificado(a) con CC. No. 1022931912, prestó 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 4597 2019	16/08/2019	31/12/2019	$8.550.954
PS 1156 2019	01/02/2019	30/09/2019	$14.027.976
PS 0814 2018	10/01/2018	31/01/2019	$20.937.840
PS 1128 2017	10/01/2017	09/01/2018	$21.015.600

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO

Contrato PS 4597 2019: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE MANERA APOYO , EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIA Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Contrato PS 0814 2018:

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

Cordialmente,

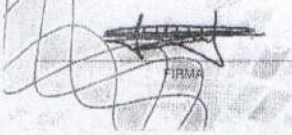
BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.931.912**
VELANDIA SANABRIA
APELLIDOS
YENY SIRLEY
NOMBRES


FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-FEB-1987**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-MAR-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00022803-F-1022931912-20080713 0000999440A 1 1310019009

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14712129770

(415)7707212489984(8020) 000001471212977 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 2 9 3 1 9 1 2	8	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	1 0 2 2 9 3 1 9 1 2	2 0 0 5 0 3 0 7

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
VELANDIA	SANABRIA	YENY	SIRLEY

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: TV 5 X 48 M 16 SUR

42. Correo electrónico: yenyvelandia215@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 9 9	2 0 0 9 1 2 0 1	8 6 9 2	2 0 0 9 1 2 0 1			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 08 / 09 : 34: 42

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 VELANDIA SANABRIA YENY SIRLEY
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:10/03/2021

CONTRIBUYENTE	C.C. 1022931912	YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CARRERA 15#7 94 Teléfonos: 3057869778

Dirección electrónica: yenyvelandia215@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 01/12/2009 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

NY SIRLEY
ELANDIA SANABRIA

C.C. 1022931912

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 07/05/2010

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 7958 *de* 31/08/2009

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) VELANDIA SANABRIA YENY SIRLEY Identificado(a) con CC número 1022931912 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER el dia 18/07/2009 y registrado en el libro XX Folio XX año XX
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a VELANDIA SANABRIA YENY SIRLEY identificado(a) con CC número 1022931912 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.

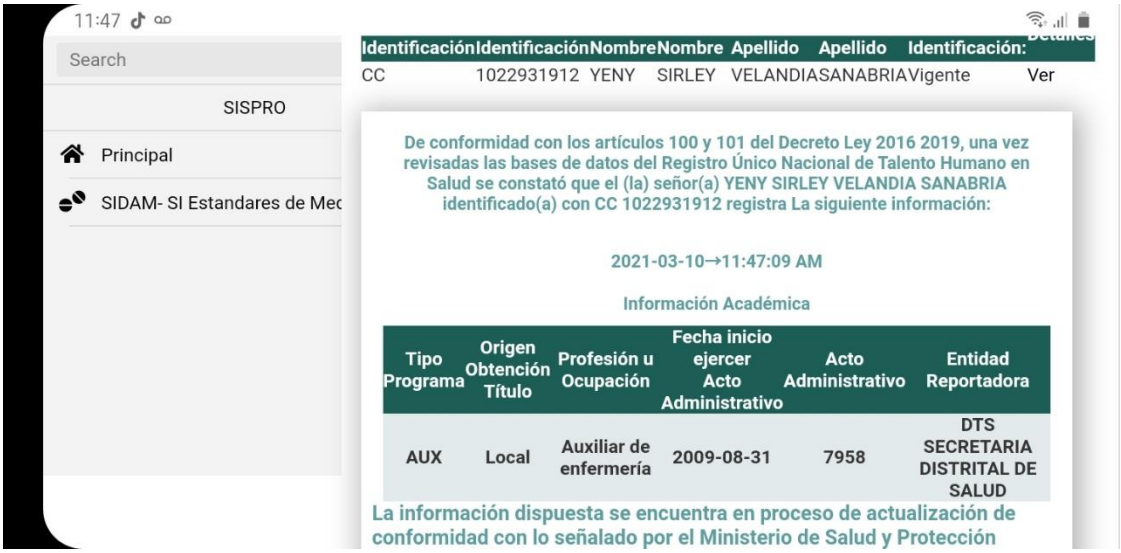
NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 31/08/2009

Original firmado por:
Bernardo Camacho Rodriguez

BERNARDO ARMANDO CAMACHO RODRIGUEZ.
Director de Desarrollo de Servicios (E).

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodriguez

Bogotá, D.C 24 Septiembre 2009
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Yeny Velandia
CC. # 1022931912
Firma Yeny Velandia


11:47
Search
SISPRO
Principal
SIDAM- SI Estandares de Mec
Identificación Identificación Nombre Nombre Apellido Apellido Identificación: Detalles
CC 1022931912 YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA Vigente Ver
De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA identificado(a) con CC 1022931912 registra La siguiente información:
2021-03-10→11:47:09 AM
Información Académica
Tipo Programa
Origen Obtención Título
Profesión u Ocupación
Fecha inicio ejercer Acto Administrativo
Acto Administrativo
Entidad Reportadora
AUX
Local
Auxiliar de enfermería
2009-08-31
7958
DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	10/10/2014		
	2	31/8/2015		
	3	08 AGO. 2019		
	4	OR/AGO/20		
	5			
Contra Hepatitis B	1	10/10/2014		
	2	31/8/2015		
	3	08 AGO. 2019		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti Fábrica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yeny Sirley

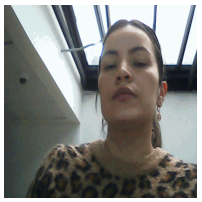
Apellidos: Velandia.

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1022931912

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CORPORACIÓN SALUD UN

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN

NO. CERTIFICADO	720.929				
CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	11/03/2021	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.022.931.912	**EDAD**	34	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	VELANDIA SANABRIA YENY SIRLEY				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AUXILIAR DE ENFERMERIA		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo VELANDIA SANABRIA YENY SIRLEY identificado con CC No. 1.022.931.912. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

DRA. DORA ELSY SUAREZ NARANJO - RES. 4000 DE 10/04/2015

Aspirante o trabajador

CC. 1.022.931.912

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre
ENTIDAD: INSTITUCIONAL NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCUE
NIT: 901069117-9
No. Registro Mecantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R. No. 03-2017

HACE CONSTAR QUE:

YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA

Identificado (a) con número de cedula No 1.022.931.912

Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Basado en la resolución 2003 del 2014 del Min. Protección social Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 48 horas, Realizado en Bogotá D.C. 01-06 AGOSTO 2020
ACTA No: 07927 Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0017

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.D.C, EL 06 AGOSTO 2020.
VALIDEZ 2 AÑOS

Christian M. Quintero A.
INABTEC RESCUE
Director Nacional

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Coordinación Academica

Leydi J. Laverde
COORDINADORA ACADEMICA

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC RESCATE
NIT. 901.069.117

INSTRUCTOR

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE:

YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA

Identificada con cédula de ciudadanía Nº 1.022.931.912.

ASISTIÓ AL CURSO DE:

SOPORTE VITAL BASICO Y RCCP

Intensidad Horaria de 20 Horas, dado en Bogotá D.C. a los 14 días del mes de Abril de 2020

SMSM Julieta Barrera Coronado
Directora
Escuela de Auxiliares de Enfermería

SMSM Constanza Castro Barriga
Coordinadora Académica
Escuela de Auxiliares de Enfermería

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre
ENTIDAD: INSTITUCIONAL NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCUE
NIT: 901069117-9
No. Registro Mecantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR.S.A.R. No. 03-2017

HACE CONSTAR QUE:

YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA

Identificado (a) con número de cedula No 1.022.931.912

Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

SOPORTE VITAL AVANZADO

Basado en la resolución 2003 del 2014 del Min. Protección social Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 48 horas, Realizado en Bogotá D.C. 01-04 AGOSTO 2019
ACTA No: 05684 Libro de actas de Cursos y Talleres No: 00

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.D.C, EL 06 AGOSTO 2019.
VALIDEZ 2 AÑOS

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Leydi J. Laverde
COORDINADORA ACADEMICA

INSTITUCIONAL NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCATE
NIT. 901.069.117
INSTRUCTOR

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

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

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

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

FECHA:	10/03/2021	CIUDAD:	BOGOTA DC	DEPARTAMENTO:	BOGOTA DC

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VELANDIA	SANABRIA	YENY	SIRLEY

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP	1.022.931.912	BOGOTA DC		05/03/2005
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI	X	NO

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
15/02/1987	BOGOTA DC		COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)	DEVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)	0	0	3057869778

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 15 # 7-90	BOGOTA DC	BOGOTA DC	COLOMBIA	3057869778

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA						CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
	SI		IVA	SI		NO x		
	NO x		ICA	SI		NO x	PRINCIPAL: 8692	SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI	NO X	SI	NO X		

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	01/08/2016

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1.612.000	GASTOS FAMILIARES	400.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	600.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	500.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**1.612.000**	**TOTAL EGRESOS**	**1.500.000**	**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
CASTRO	**CAMELO**	**YAMILE**	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CRA 7B# 10A -25	**CUNDINAMARCA/MOSQUERA**	**AMIGA**	**3041316627**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	0.550474100059762	HOSPITAL MILITAR	3383838

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

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

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

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECIA	PUBLICIDAD ENTIDAD	MERCADEO	INTERNET	BASE DE DATOS	EVENTOS
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

OTRA	CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO	INVITACION A COTIZAR	PORTAL WEB SUBRED	LLAMADA TELEFONICA	PORTALES EMPLEO
☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

SERVICIOS PRESTADOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

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

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.

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

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

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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público.

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

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

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

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTES DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude**.**
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co***)*** en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

11. FIRMA Y HUELLA

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

Yeny Velandia

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA	**13. VERIFICACION DE LA INFORMACION**

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)							
1.Fecha y Hora:		**2. Ciudad**		**1. Fecha y Hora:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario Subred				**3. Nombre y Cargo (Contraparte)**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y No Cédula:**			
7. Firma y Cédula				**7. Nombre Apellidos Funcionario Subred**			
8. Proceso Responsable Subred				**8. Proceso Responsable Subred**			

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA identificado(a) con cedula ciudadanía 1.022.931.912, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar, en calidad de INDEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación
20160122

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 10 días del mes de Marzo de 2.021.

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
13816671

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.931.912**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Marzo del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
ADITIVO - GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1022937912
Número de Documento

Bolivar
ARL

Yeny	Guley	velandia	cardenas
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

13/02/1989	Bogota	Carrera 15 # 9-90	2849492
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar
EPS- Salud

porvenir
AFP - Pensiones

5
Honorarios

Auxiliar de enfermería
Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

yeryvelandia15@gmail.com
Correo Electrónico

3057869779
Celular

Yeny velandia
Firma del Afiliado

Trabajo
Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52431204

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 150681631

WEB
07:55:30

Bogotá DC, 10 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) YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022931912:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MANUEL ANTONIO ESPINOSA FIGUEREDO
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP) (E)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 10 de marzo de 2021, a las 09:53:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022931912
Código de Verificación	1022931912200922075337

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 3774511

Bogotá D.C., 10 de Marzo de 2021 - 9:56 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UNO MIL VEINTIDOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UNO MIL NOVECIENTOS DOCE**

1022931912

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.



JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 9_XW4RI_567
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:14:11 horas del 10/03/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1022931912**

Apellidos y Nombres: **VELANDIA SANABRIA YENY SIRLEY**

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.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **10/03/2021**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora YENY SIRLEY VELANDIA SANABRIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022931912**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550474100059762**
Fecha de apertura	**27/11/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA