



Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 Ayuda ?

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Norman Yesid Lamus Avila ,

Norman Yesid Lamus Avila con el NIT 1070327119 creada

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

Haga clic aquí para continuar >



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.



Última Actualización: 21-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LAMUS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AVILA	NOMBRES NORMAN YESID
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1070327119	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 1070327119 D.M. No tengo		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 15 MES MAY AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD El Colegio		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cll49b#9-89sur bloq-8 apto-201 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8102413 EMAIL yesid1589@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO Bachiller Académico					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2008	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico, en Modalidad Academia escriba:

TC (Técnica). TL (Tecnológica). TE (Tecnológica Especializada). UN (Universitaria).

ES (Especialización). MG (Maestría o Magister). DC (Doctorado o PhD).

Relacione al frente el número de la tarjeta profesional (si esta ha sido prevista en una ley)

Modalidad Académica	No. Semestres Aprobados	Graduado SI NO	Nombre de los estudios o título obtenido	Terminación Mes Año	No. de Tarjeta Profesional
Universitaria	8	X	Trabajo Social	12 2018	

OTROS ESTUDIOS

Diligencie este punto en estricto orden cronológico:

Nombre del curso	Institución de formación	Año terminación	Horas
Atención Integral en Salud de Víctimas	AJUDISP	2020	20
SOPORTE VITAL BASICO	AJUDISP	2020	20
el servidor publico y el servicio al ciudadano	escuela superior de administracion publica	2019	24
SOPORTE VITAL BASICO	SENA	2018	20



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 21-ene-2021

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
AUXILIAR DE ENFERMERIA	INSTITU DE EDUCACIÓN INGABO	2014	1800

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto Orden Cronológico Comenzando por el Actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	vcspcor@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
018000126488	DIA 4 MES 6 AÑO 2020		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
TRABAJADOR SOCIAL	SALUD PUBLICA	Carrera 3a Este #31d Sur-1	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaría de Educación del Distrito	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@educacionbogota.edu.co Notificaciones	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3241000	DIA 8 MES 8 AÑO 2019		DIA 26 MES 8 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
DOCENTE	SOCIALES	Av. El Dorado No 66-63 Bogotá	



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.



Última Actualización: 21-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 AJUDISP	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dordonez@clinicos.com.co	
TELÉFONOS 3106174433	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 6 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 1 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO TRABAJADOR SOCIAL	DEPENDENCIA ASESORÍA	DIRECCIÓN BOGOTA- BOSA	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD notificacionesjudiciales@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 3 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 16 MES 5 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN Cra. 14b #1-45 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION E.V.A. SERVICIOS INTEGRALES	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD corpo.e.v.a.2015@gmail.com	
TELÉFONOS 3505424156	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 2 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 4 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO TRABAJADOR SOCIAL EN FORMACIÓN	DEPENDENCIA ASISTENCIA Y ASESORÍA	DIRECCIÓN Carrera 70 b # 5 A 17	



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: 21-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Alianza		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	http://alianzatemporal.com.co/	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3512300	DÍA 12 MES 1 AÑO 2016		DÍA 9 MES 3 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Courier pie	Masivos	cra 3484-29	

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	4	2
Pública	3	9
Total	4	11

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 56, DE LA LEY 190/95).

Bogotá
Ciudad y fecha del diligenciamiento
21-01-2021

[Firma]
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



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.



Última Actualización: 21-ene-2021

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



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

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.



Última Actualización: 21-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NORMAN YESID LAMUS AVILA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1070327119 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Cll49b#9-89sur bloq-8 apto-201

Teléfonos 3219254949 8102413

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DELFIN LAMUS LINARES	3004819	Padre

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	\$ 1.620.360,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 1.620.360,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco de Bogotá	Cuenta corriente	878977	SANTA LUCIA	\$ 0,00
Banco de Bogotá	Cuenta de ahorros	055382204	Bogota	\$ 1.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	moto suzuki 150	\$ 6.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco Bogota	credito	\$ 13.000.000,00
COMPENSAR PROTECCIÓN	SALUD PENSIÓN ARL CAJA DE	\$ 300.000,00
NOVO MOLINOS Family Club	COTA INICIAL DE APARTAMENTO	\$ 21.000.000,00



El futuro
es de todos

Salud para
la vida

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: 21-ene-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
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Ori	Integrante

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
AUXILIAR DE ENFERMERIA	EMPLEADO
TRABAJADOR SOCIAL	EMPLEADO

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

Señores

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

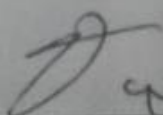
Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

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 01 de 2021

Cordialmente,


Norman Gerardo Lemos Quila
C.C. 1070327119

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

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

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

Adicionalmente me comprometo a:

Nombre: NORMAN YESID LAMUS AVILA

Documento: 1070327119

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fecha: 21/01/2021



La República de Colombia
y en su nombre

La Institución Educativa Departamental El Tequendama
Sede "Colegio Departamental El Tequendama"

El Colegio - Cundinamarca

Jornada Nocturna

Educación Formal de adultos por Ciclos Integrados Especiales,
Modalidad Preescolar, Autorizado por la Secretaría de
Educación y Cultura de Cundinamarca, Según Resolución
No. 1351 del 24 de Noviembre de 1999 y Resolución de Integración
No. 004553 de 2004.

Confiere a

Lamus Avila Norman Yesid

1.070.327.119 El Colegio

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Académica, de acuerdo al P.E.B y las normas vigentes.



Tulio Almeida Córdoba Guaba
C.C. 2.993.040 de Chia Cundinamarca
Rector

Ana Leonor Camargo Rodríguez
C.C. 35.578.433 El Colegio
Secretaría

Anotado al Folio No 22 del libro para control interno de Diplomas No 01 J.N.

Dado en El Colegio - Cundinamarca a seis (06) de Diciembre del año 2008

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto No 973 del 8 de Mayo de 1994.
Resolución No. 004553 de 2004, de la Secretaría de Educación y Cultura de Cundinamarca.



República de Colombia

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009
de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño

Acuerdos No. 056 de Diciembre de 2008 y 158 de 21 de mayo de 2009 del Ministerio de Protección Social

Confiere El Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como
Técnico Laboral

A: NORMAN YESID LAMUS AVILA

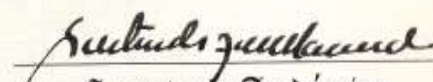
C.C. 1.070.327.119 DE EL COLEGIO

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Duración del Programa: 1.800 Horas


Director


Secretaria Académica

Dado en Bogotá D.C., a los 05 días del mes de Septiembre de 2014

Registro Folio No. 45/53 del Libro de Certificados No. 4



UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Norman Hesid Lamus Avila

CC No. 1.070.327.110

*Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de*

Trabajador Social

en testimonio se firma y sella este diploma

Colegio de Fundadores

Rector General

José Luis Bernal
Secretaría General



Documento Jurídico otorgado por
resolución 10145 del 1 de agosto de 1995.
Ministerio de Educación Nacional

República de Colombia

Documento otorgado con fuerza de Ley por Decreto, publicado en el Diario Oficial

Acta 01 del Consejo de Rectoría No. 008
Bogotá, 27 de junio de 2004
No. 10010



INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL EL TEQUENDAMA
SEDE: "COLEGIO DEPARTAMENTAL EL TEQUENDAMA"

EL COLEGIO CUNDINAMARCA
RESOLUCIÓN DE INTEGRACIÓN No. 004553 de 2004
APROBACIÓN OFICIAL, RESOLUCIÓN No. 21619
DANE 125245000291
JORNADA NOCTURNA

En la Ciudad de El Colegio (Cundinamarca), a seis (06) de Diciembre del año 2008, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, de la Jornada Nocturna, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO DEPARTAMENTAL EL TEQUENDAMA de El Colegio Cundinamarca, institución aprobada en el Nivel de Educación Formal de adultos por Ciclos Integrados Especiales, Modalidad Presencial y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución No. 1351 del 24 de Noviembre de 1999

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Lamus Avila Norman Yesid

1.070.327.119 El Colegio

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 18 Del seis (06) de Diciembre del año 2008, Consta de 67 estudiantes, comienza con el nombre de JUDY MILENA ACHURY ULLOA y se cierra con el nombre de JAIME ZAMORA MEDINA.

Firmada por TULIO ALONSO CÓRDOBA GUABA (Rector) y ANA LEONOR CAMARGO RODRÍGUEZ (Secretaria)

Dada en el Municipio de El Colegio Cundinamarca a seis (06) de Diciembre del año 2008

Firmada y sellada

Tulio Alonso Córdoba Guaba
C.C. 2.993.040 de Chia Cundinamarca
Rector

Ana Leonor Camargo Rodríguez
C.C. 35.375.433 El Colegio
Secretaria

Acta Individual de Graduación



INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Aprobado por resoluciones 15-027 del 22 de Septiembre de 2009 y 15-028 del 28 de Septiembre de 2009, emanadas de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño. Con autorización Oficial según acuerdo No. 056 del 5 de Diciembre de 2008 y acuerdo No. 158 del 21 de Mayo de 2009 emanados por el Ministerio de Protección Social

Acta Individual de Certificación de Técnico Laboral

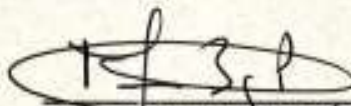
LIBRO 4 FOLIO 53 REGISTRO 45

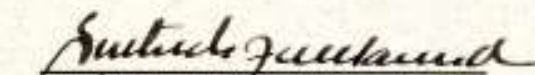
En la Ciudad de Bogotá a los 29 días del mes de Agosto del año 2.014, se reunieron los suscritos Director(a) y Secretario(a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de aptitud ocupacional por competencias como **TÉCNICO LABORAL** con una duración de 1800 (horas) quien curso y culminó satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

NORMAN YESID LAMUS AVILA

C.C 1.070.327.119 DE EL COLEGIO

Es fiel copia del Acta Original General N°. 57 del libro de registro N°4, con fecha 29 de Agosto de 2.014, que consta de 113 alumnos que comienzan con el nombre de CANDELARIA DEL CARMEN ARRIETA ARRIETA y se cierra con el nombre de DOBY DANILO ZUNIGA SANTOS firmado por:


CARLOS MAURICIO BÁEZ P.
DIRECTOR
C.C. No. 79.884.207 de Bogotá


MARÍA GERTRUDIS AVELLANEDA
SECRETARIA GENERAL
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá a los **05** días del mes de **Septiembre** del año **2.014**



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 101

La Suñerita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO,

Certifica:

Que en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital; el día veintisiete (27) de Junio de dos mil diecinueve (2019), la Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de Trabajador Social a Norman Yesid Lamus Avila con cédula de ciudadanía No. 1.970.327.119 quien aprobó el trabajo de grado y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No 100818 que lo acredita como tal, registrado en el Folio 487 del Libro No. 009 de Registro de Títulos expedidos por la Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificada según Código SNIES 11278 concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital; el día veintisiete (27) de Junio de dos mil diecinueve (2019).

P. Harold de Jesús Castilla Devos
Rector General

Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General





LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Nacional

Departamento de Capacitación - Bogotá, D.C.

CERTIFICA QUE:

NORMAN YESID LAMUS ÁVILA

C.C 1.070.327.119

PARTICIPÓ en el CURSO

DERECHOS EN PERSONAS CON ORIENTACIONES SEXUALES E IDENTIDADES DE GÉNERO DIVERSAS

Realizado en Bogotá, D.C. entre el 7 y el 28 de Junio de 2019

Con una intensidad de 24 horas, Se expide el 28 de Junio de 2019

JOSÉ VICENTE CASAS DÍAZ

Subdirector de Proyección Institucional
Escuela Superior de Administración Pública



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia



LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Nacional

Departamento de Capacitación - Bogotá, D.C.

CERTIFICA QUE:

NORMAN YESID LAMUS ÁVILA

C.C 1.070.327.119

PARTICIPÓ en el CURSO

EL SERVIDOR PÚBLICO Y EL SERVICIO AL CIUDADANO

Realizado en Bogotá, D.C. entre el 29 de Marzo y el 19 de Abril de 2019

Con una intensidad de 24 horas, Se expide el 19 de Abril de 2019

RUBY MARITZA GERENA USECHE



LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Nacional

Subdirección de Proyección Institucional

CERTIFICA QUE:

NORMAN YESID LAMUS ÁVILA

C.C 1.070.327.119

PARTICIPÓ en el CURSO

LA GESTIÓN FINANCIERA PÚBLICA, EN LA CONSTRUCCIÓN DE PAZ EN COLOMBIA

Realizado en Bogotá, D.C. entre el 9 y el 27 de Septiembre de 2019

Con una intensidad de 24 horas, Se expide el 27 de Septiembre de 2019

CATALINA SUÁREZ COLORADO

Jefe Departamento de Capacitación (E)
Escuela Superior de Administración Pública.



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia



LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Nacional

Subdirección de Proyección Institucional

CERTIFICA QUE:

NORMAN YESID LAMUS ÁVILA

C.C 1.070.327.119

PARTICIPÓ en el DIPLOMADO

MECANISMOS DE CONTROL SOCIAL

Realizado en Bogotá, D.C. entre el 24 de Octubre y el 22 de Noviembre de 2019

Con una intensidad de 80 horas, Se expide el 22 de Noviembre de 2019

RUBY MARITZA GERENA USECHE

Jefe (E) Departamento de Capacitación
Escuela Superior de Administración Pública.



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

Bogotá D.C.

Señores:

Instituto Ingabo

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

REF: autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Dolma Yessy Linares Avila 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 revoque 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 en Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

1070327119

Tarjeta profesional No:

1070327119

Dirección de contacto:

cl 44B-7:09-2w

Teléfono:

3219274949

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

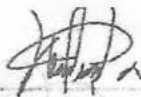
NUMERO **1.070.327.119**

LAMUS AVILA

APELLIDOS

NORMAN YESID

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-1989**

EL COLEGIO
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O-

G.S. RH

M

SEX

08-NOV-2007 EL COLEGIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00633093-M-1070327119-20141018

0040527810A 1

1103075601



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

Fecha: 04-11-2016
Hora: 12:30:37 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1070327119-8 NORMAN YESID LAMUS AVILA

Información General

Dirección CL 49B 9 89 SUR AP 201 TO 8

Teléfonos 3219254949

Dirección electrónica yesid1589@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/11/2016

Soporte Inscripción 22880261

Fecha Inicio Actividades 04/07/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001316141



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Primera Clase

NÚMERO 1070327119

APELLIDOS Y NOMBRES

LAMUS AVILA
NORMAN YESID



PERTENECE A LA RESERVA DE:

1ª LINEA	2ª LINEA	3ª LINEA
31 DIC 2019	31 DIC 2039	31 DIC 2029

FECHA DE EXP. 24 AGO 2010 ESR. MIL AUX. PONAL

PROFESIÓN EMPLEADO UM *PONAL

COTE DE DISTRITO



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 12807 de 11/11/2014

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE CALIDAD 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) LAMUS AVILA NORMAN YESID Identificado(a) con CC número 1070327119 expedida en EL COLEGIO solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO INGABO el día 05/09/2014.

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 LAMUS AVILA NORMAN YESID identificado(a) con CC número 1070327119 expedida en EL COLEGIO para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 11/11/2014

Isabel Cristina Artunduaga P.

**Directora de Calidad de
Servicios de Salud (E)**

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA
Directora de Calidad de Servicios de Salud (E).

Revisó: Daniel Ortiz B.
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 01/01/2016

A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) NORMAN YESID LAMUS AVILA

CC. # 1070327119

Firma

Ord. 32 No. 12-31
Tel.: 364 9080
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
HUMANA**

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado	Identificación: Detalles
CC	1070327119	NORMAN	YESID	LAMUS	AVILA	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) NORMAN YESID LAMUS AVILA identificado(a) con CC 1070327119 registra La siguiente información:

2020-08-25--2:05:20 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2014-11-11	12807	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



NIT. 901364935-1

ASOCIACION AJUDISP BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

CERTIFICA:

QUE:

NORMAN YESID LAMUS AVILA

C.C. 1070327119 DE EL COLEGIO

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

ATENCION A VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS



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

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

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

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

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ, CUNDINAMARCA A LOS 06 DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2020



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D. C
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Centro Oriente E.S.E.

CER-004288-2019
Codigo:7ADCDC221F

Pág. 1 de 4

**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) NORMAN YESID LAMUS AVILA, identificado(a) con CC. No. 1070327119, 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 2954 2019	01/02/2019	30/11/2019	\$16.686.915
PS 0559 2018	10/01/2018	31/01/2019	\$22.665.720
PS 2976 2017	08/02/2017	09/01/2018	\$17.579.400

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO

Contrato PS 2954 2019: 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



NIT 899.999.061-9
DIRECCION DE TALENTO HUMANO
GRUPO DE CERTIFICACIONES LABORALES
CERTIFICA

Que el señor **NORMAN YESID LAMUS AVILA**, identificado con cédula de ciudadanía número **1070327119**, laboró con la Secretaría de Educación del Distrito y registra por tiempo laborado lo siguiente:

Nombramiento Provisional

DOCENTE GRADO 02 Nivel A

DEPENDENCIA: COLEGIO FRANCISCO ANTONIO ZEA DE USME (IED)

FECHA: Desde el 08 de agosto de 2019 hasta el 26 de agosto de 2019

Se expide para fines personales, en Bogotá D.C., a los trece (13) días del mes de septiembre de 2019, bajo el radicado **F-2019-70698**.

DIEGO GARCÍA IBÁÑEZ
Profesional Especializado

Elaborado por: Camila Rodríguez
Av. El Dorado No. 66 - 63
Código postal: 111321
PBX: 324 1000 - Fax: 315 34 48
www.educacionbogota.edu.co

Info Línea 195

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



CERTIFICAMOS

Que el (la) señor (a) **NORMAN YESID LAMUS AVILA**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía número 1070327119, labora en nuestra compañía en **MISSION** para la Organización **SERVIENTREGA S.A.**, desempeñando el cargo de **COURRIER PIE**, con un contrato por duración de labor contratada.

- Desde el día 12 de enero de 2016 hasta el 09 de marzo de 2016.

La presente certificación se expide a solicitud de interesado (a) en Bogotá D.C., a los Once (11) días del mes de Enero de 2017.

Cordialmente,


alianza
TEMPORALES S.A.S
Carrera 34 No. 11-21 Sur 351 7300

DIEGO ANDRES CASTRO RODRIGUEZ
Coordinador Relaciones Laborales



PRO SEGUIR
*Asociación de amigos contra
el Cáncer*

CERTIFICACIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La **ASOCIACIÓN DE AMIGOS CONTRA EL CÁNCER - PROSEGUIR**, identificada con NIT. 830.090.073-3, entidad privada sin ánimo de lucro, en calidad de Institución Prestadora de Servicios de Salud, debidamente habilitada ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá para prestar servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios de atención integral y manejo interdisciplinario del dolor agudo, crónico y cuidados paliativos institucionales y/o domiciliarios.

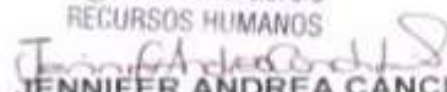
C E R T I F I C A:

Que **LAMUS AVILA NORMAN YESID**, identificado con Cédula de Ciudadanía N° 1070327119, presta sus servicios con la Asociación de Amigos Contra el Cáncer Proseguir, identificada con NIT. 830.090.073-3, como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA DOMICILIARIO** desde el día **18 DE MARZO DE 2016** a la fecha, con unos honorarios variables de **OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUARENTA PESOS M/CTE (\$839.040,00)**, de acuerdo al número de turnos que realiza durante el mes

La presente se expide a solicitud del interesado(a), sin que esta implique reconocimiento alguno de vínculo laboral distinto al de prestación de servicios como profesional independiente.

Para Constancia, se firma en Bogotá DC, a los **SEIS (06)** días del mes de **ENERO DE 2017**.

**PROSEGUIR**
NIT. 830.090.073-3
RECURSOS HUMANOS


JENNIFER ANDREA CANCHILA
Directora Administrativa

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	LOTE No	UNIDAD	FIRMA
Sarampión Rubéola	Unico				
Tosquide Tetánico Difterico Td	1	240309	15028	DEPOL	oscar
	2	700409	15028	DEPOL	
	3				
	Cada 10 años				
Hepatitis B	1	240309	15028	DEPOL	oscar
	2	700409	15028	DEPOL	
	3				

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	LOTE No	UNIDAD	FIRMA
Fiebre Amarilla	Cada 10 años	240309	15028	DEPOL	oscar
Influenza	Anual				
Fiebre Tifoidea	Cada 3 años				
Hepatitis A y B	1				
	2				
	3				

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACINADOR
HEPATITIS B	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			
	3a. DOSIS			
	4a. DOSIS			
HEPATIS A	1a. DOSIS		21 AGO 2011	TANIA SALUD
	2a. DOSIS		21 ENE 2012	

Tania Salud CERTIFICADO DE VACUNACIÓN
TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACIÓN
 NIT: 900174965-5
 CODIGO DE PRESTADOR: 11001770001

CENTRO DE VACUNACIÓN:

NOMBRE: Camilo Avelar Naimon Ucard

DOCUMENTO: 1090.327.119.

TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACINADOR
	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			
TEANCO OFERICO	1a. DOSIS		21 AGO 2011	TANIA SALUD
	2a. DOSIS			
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			

Vacuna	Dosis	Fecha	Lot No	Firma vacunador
Influenza	1	12-05-13	15028	EY6A
	2			
	1			
	2			
	1			
	2			
	1			
	2			
	1			
	2			



LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRÉS NAVEZ

Página 1 de 1



2086750

Nombre: LAMUS AVILA NORMAN YESID
Identificación: CC 1070327119
Edad: 27 Años 0 Meses 22 Días
Medico: MEDICOS VARIOS
No. Ordenamiento: 0208100385

Tel.
Sexo M

Fecha de recepción: 08-feb-2017 11:24 pm
Fecha de impresión: 10-feb-2017 1:35 pm
Empresa: HOSPITAL SANTA CLARA (CONTADO)
Sede: REFERENCIA
Fecha Validación: 09-feb-2017 4:14:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000.0	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml

Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml


CARMEN ELENA RUIZ SARMIENTO
C.C. 1,042,998,119
BACTERIOLOGA


JOLY PAOLA FORERO MATEUS
C.C. 1,058,853,896
BACTERIOLOGA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

INGRESO ☒ PERIÓDICO ☐ EGRESO ☐ POST INCAPACIDAD ☐ REUBICACION ☐ EXTRAMURAL ☐

FECHA: Octubre 06 del 2020, BOGOTA
NOMBRE DE LA EMPRESA: PARTICULAR
NOMBRE DEL PACIENTE: Norman Yesid Lamus Avila
EDAD: 31 años
DOCUMENTO: C.C No. 1070327119
DIRECCIÓN: CLL 49 # 9-89 SUR
TELÉFONO: 3219254949
CARGO: Auxiliar De Enfermería



Concepto Médico de Aptitud Laboral: EXAMEN MÉDICO LABORAL SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RECOMENDACIONES	
PARA EL PACIENTE: <ul style="list-style-type: none">• MEDIDAS ERGONOMICAS E HIGIENE POSTURAL.• PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS MANUALES, VISUALES Y CORPORALES.• USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.	PARA LA EMPRESA: <ul style="list-style-type: none">• INCLUIR EN LAS CAPACITACIONES DE SST.

RESULTADOS EXAMENES	
PARACLINICOS:	
• AUDIOMETRIA NORMAL.	BILATERAL
• VISIOMETRIA NORMAL.	BINOCULAR

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: PACIENTE CON EXAMEN MÉDICO DE INGRESO SIN LIMITACIONES AL MOMENTO DEL EXAMEN. NO PRESENTA SÍNTOMAS ASOCIADOS CON COVID-19. SE RECOMIENDA CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, HIGIENE PERSONAL Y DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES EN EL MARCO DE LA ACTUAL EMERGENCIA SANITARIA.

Esta certificación se expide con base a la Historia Clínica Ocupacional del paciente en la fecha. El contenido de la historia clínica es un documento privado y sometido a reserva del prestador de servicio de salud, según la resolución 1995/99 del M.S. y el decreto 2174/96 y la ley 80/89 del M.S.

Doy constancia de que las recomendaciones y/o restricciones emitidas en el presente certificado, al igual que el resultado de las pruebas para clínicas, han sido socializadas por el médico laboral de forma verbal.

Olga Alexandra Manosalva Gomez
Medico(a)
Licencia SST 7357 - 21/07/2010
R.M. 54-495/06

Firma del paciente:
Norman Yesid Lamus Avila
C.C. No. 1070327119



NIT. 901364935-1

ASOCIACION AJUDISP BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

CERTIFICA:

QUE:

NORMAN YESID LAMUS AVILA

C.C. 1070327119 DE EL COLEGIO

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

SOPORTE VITAL BASICO

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS



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

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

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

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

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ, CUNDINAMARCA A LOS 02 DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2020

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

FECHA: 11/03/2021 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Destinado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente 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 VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: LAMUS SEGUNDO APELLIDO: AVILA PRIMER NOMBRE: NORMAN SEGUNDO NOMBRE: YESID

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (Marcar con X): C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NÚP ☐ No IDENTIFICACIÓN: 1.070.327.119 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio/Departamento): EL COLEGIO CUND FECHA EXPEDICIÓN (DD-MM-AAAA): 08/11/2007

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

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA: 15/05/1989 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento): EL COLEGIO CUND PAÍS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)

SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ PERSONAS A CARGO: N/A NÚMERO DE HIJOS: NO TELÉFONO Fijo/CELULAR: 3219254949

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA (Marcar con X)

PRIMARIA ☐ BACHILLER ☐ TÉCNICO ☐ TECNÓLOGO ☐ CUAL: UNIVERSITARIO ☒ POSTGRADO ☐ MAGISTER ☐ OTRO ☐ PROFESIÓN/ OFICIO:

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Calle 49 B 9-89 SUR CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAÍS RESIDENCIA: COLOMBIA TELÉFONO RESIDENCIA: N/A

CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO: yesid1589@gmail.com PORTAL O PÁGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA (Marcar con X): PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (Marcar con X): C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NÚP ☐ No IDENTIFICACIÓN: LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio/Departamento): FECHA EXPEDICIÓN (DD-MM-AAAA):

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA (Marcar con X):

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

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☐ NO ☒ IVA SI ☐ NO ☒ ICA SI ☐ NO ☒ CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA (DIGITAR CÓDIGO): PRINCIPAL: 8692 SECUNDARIA: 7220

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

FUNCIONARIO PÚBLICO: SI ☐ NO ☒ ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA: SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE SIT: 900959051-7

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ ENERGÍA ☐ ALIMENTOS ☐

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

EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA: ☐
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO FIJO/CELULAR		CIUDAD/MUNICIPIO		PAIS
CRA 14B 1-45 SUR		3.444.844		BOGOTA		BOGOTA
CARGO ACTUAL		AUXILIAR DE ENFERMERIA		CUNDINAMARCA		BOGOTA
FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)						

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 5)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	0	GASTOS FAMILIARES	0	AHORROS	3.000.000	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	1.620.360	ARRENDOS	270.000	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	8.000.000
ARRENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	6.000.000	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	1.000.000	PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	200.000	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	1.620.360	TOTAL EGRESOS	1.470.000	TOTAL ACTIVOS	9.000.000	TOTAL PASIVOS	8.000.000
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
CARDENAS	ROJAS	EVA	JULIETH
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CRA 73D 26B 20 SUR	BOGOTÁ	AMIGOS	2997188 * 3015384136

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	CUENTA AHORROS	55382204	CRA 35 7-47	3820000

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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Auxiliar de Enfermería

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

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 destinarán 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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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.

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

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR 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 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 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 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 900.939.051-7, 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, 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de 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.

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

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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UTAE 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 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 he sido obligado 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 mí.

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 comparten, 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@subredcentroorientegov.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. **AUTORIZACION:** 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.subredcentroorientegov.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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

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

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 *

yesid1589@gmail.com

Documento de Identidad *

1070327119

Nombres y apellidos *

NORMAN YESID LAMUS AVILA

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) NORMAN YESID LAMUS AVILA identificado(a) con cedula ciudadanía 1.070.327.119, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20190901	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Enero de 2.021

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED CENTRO ORIENTE.

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 multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
15194819

CER-AFI

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LAMUS AVILA NORMAN YESID** identificado(a) con **CC** número **1.070.327.119** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 05 de marzo de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 25 de enero de 2021.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

202101251555

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1010327119

Numero de Documento

Bolivar

ARL

Norman

Primer Nombre

yesid

Segundo Nombre

Lemus

Primer Apellido

Avila

Segundo Apellido

15-05-1989

F. Nacimiento dd/mm/aa

delego

Ciudad de Nacimiento

014789-09

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Compufer

EPS - Salud

Proteccion

AFP - Pensiones

S

Honorarios

Auxiliar de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

yesid1589@gmail.com

Correo Electrónico

3219254449

Celular

Firma del Afiliado

Istiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52431204
Especialista P. 110

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

52431204

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 159159037**



WEB

10:06:24

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de enero del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NORMAN YESID LAMUS AVILA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1070327119:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :

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

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 22 de enero de 2021, a las 10:04:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1070327119
Código de Verificación	1070327119210122100457

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 22 de Enero de 2021 - 10:12 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) **NORMAN YESID LAMUS AVILA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL SETENTA MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTO DIECINUEVE** de EL COLEGIO

1070327119

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 figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.



JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **1_LMHP3_1210**

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:17:43 horas del 22/01/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1070327119**

Apellidos y Nombres: **LAMUS AVILA NORMAN YESID**

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.

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NORMAN LAMUS, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.070.327.119 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 055382204, abierta/o desde el 19/4/2013.

Se expide en Bogotá el día 12 del mes de Marzo del año 2021 con destino a: SUBRED CENTRO oriente



Firma Autorizada

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