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*
IZQUIERDO		LEDYS MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 32754316

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 8 MES DIC AÑO 1972

PAÍS Colombia

DEPTO Atlántico

CIUDAD Barranquilla

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

av 63 75 35

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3124819193

EMAIL ledysmai@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* Bachillerato academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1992
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Especialización médico	6	X		ESPECIALIZACION EN MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	3	2011	32754316
Especialización médico	6	X		ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	3	2006	32754316
Universitaria	12	X		MEDICINA	12	1998	32754316

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
CONGRESO MUNDIAL CUIDADO CRITICO	TORONTO-CANADA	2016	36
CONGRESO EUROPEO CUIDADO INTENSIVO	VILNIUS-LITUANIA	2015	32
CONGRESO MUNDIAL CUIDADO CRÍTICO	ESTAMBUL-TURQUÍA	2014	32
SIMPOSIO INTERNACIONAL HIPERTENSION	CARTAGENA	2014	16
CONGRESO MUNDIAL DE CUIDADO INTENSIVO	DURBAN -SUDÁFRICA AGOSTO 2013	2013	40
CURSO ECOCARDIOGRAMA PARA	ECOSIAC BOGOTA	2012	48
CURSO ACCESO VENOSO BAJO GUÍA	CLÍNICA CARDIOVASCULAR BUCARAMANGA	2011	6
CURSO ECMO	CLINICA CARDIOVASCULAR BUCARAMANGA	2011	27
CONGRESO PANAMERICANO CUIDADO	AMCI CARTAGENA	2011	36
CURSO NEUROCRITICO	AMCI CARTAGENA	2011	9
PALS	HOSPITAL MILITAR CENTRAL BOGOTÁ	2009	18

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	

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contactenos@saludcapital.gov.co
TELÉFONOS 3549090	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 8 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO pediatra intensivista	*DEPENDENCIA* unidad cuidado intensivo pediátrico		*DIRECCIÓN* cra 14b No. 1 45

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

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: HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA		*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionalusuario@hospitalhcc.com
TELÉFONOS: 15922979	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 3 AÑO 2016			*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO: pediatra intensivista	*DEPENDENCIA*: unidad de cuidado intensivo pediatrico			*DIRECCIÓN*: Carrera 1 Este #31-58

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL		*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hmc@hospitalmilitar.gov.co
TELÉFONOS: 13486868	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 1 AÑO 2003			*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO: pediatra intensivista	*DEPENDENCIA*: cuidado intensivo pediatrico			*DIRECCIÓN*: tranv 3 No. 49 00

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA DE LA MUJER		*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: jscliente@clinicadelamujer.com.co
TELÉFONOS: 16161799	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 11 AÑO 2002			*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 4 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO: pediatra	*DEPENDENCIA*: pediatría			*DIRECCIÓN*: cra 19 No. 91-17

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 2.0

Última Actualización: 10-mar-2021

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	9	10
Pública	18	2
Total	18	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Lizguierdo

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, LEDYS MARIA IZQUIERDO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 32754316 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección av 63 75 35 **Teléfonos** 3124819193 3124819193

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LAURIANO IZQUIERDO GOMEZ	0	Padre
EDILSA MARIA DE IZQUIERDO BORRERO	22420624	Madre
JOSE DAVID ORTIZ IZQUIERDO	1145924445	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	$ 120.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 10.000.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 130.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Cuenta de ahorros	20936041436	CALLE SETENTA Y SEIS	$ 100.000,00
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	082453858569	HOSPITAL MILITAR	$ 100.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	MKK 216	$ 51.000.000,00
Casa	parque los lagartos	$ 460.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

hogar	mantenimiento	$ 200.000.000,00
DAVIVIENDA	VEHICULO	$ 20.000.000,00
ITAU	CREDITO	$ 20.000.000,00
UNIVERSIDAD NACIONAL	ESTUDIOS	$ 5.000.000,00
casa	credito leasing habitacional	$ 460.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
NESTOR FABIO ORTIZ POVEDA	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	79567491

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
medico	secuencia de turnos

3. FIRMA

Lizquierdo

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 20 de 10 de 2026

Cordialmente,

C.C. 32704316

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: Lady Maria Izquierdo Barrera

Documento: 32754316

Cargo: Pediatra Intensivista

Fecha: 20/10/2020

UNIVERSIDAD DEL NORTE

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante decreto Nº. 263 del 22 de Febrero de 1973, representada por el Consejo Directivo y el Rector;

teniendo en cuenta que:

LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO

C.C. Nº. 32.754.316 de Barranquilla (Atl.)

Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:

MEDICA CIRUJANA

Dado en Barranquilla, a los 22 días del mes de Diciembre de 1998

Decano de División

Rector

Director de Programa

Secretario Académico

Universidad Militar "Nueva Granada"

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
SCIENTIAE - PATRIAE - FAMILIAE

Por autorización del Ministerio de Educación Nacional, y en consideración a que

Ledys Maria Izquierdo Borrero

C.C. 32.754.346 Expedida en Barranquilla

Ha cumplido en

Hospital Militar Central

Con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en

Pediatria

Bogotá, D.C., 24 de Febrero de 2006

Rector

Director

Vicerrector Académico

Decano Facultad

Jefe División Registro Académico

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCIÓN A QUE:

LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 32.754.316 EXPEDIDA EN BARRANQUILLA

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 03 DE MARZO DE 2011

ECTOR

DIRECTOR DE POSTGRADOS

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD DEL NORTE

ACTA DE GRADO No. 24-98-01-31

LR 10- RFG 1312 - FOLIO 329 -R 08

En Barranquilla a los 22 días del mes de Diciembre de mil novecientos noventa y ocho se llevó a cabo la ceremonia de graduación presidida por el Rector y las autoridades académicas, en la cual la UNIVERSIDAD DEL NORTE autorizada para el efecto según Decreto No. 263 del 22 de febrero de 1973 del Ministerio de Educación Nacional, y previo juramento reglamentario, confirió el título de :

MEDICA CIRUJANA

a

LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO

Identificado con C.C No. 32.754.316 de Barranquilla (Atl.) quien cumplió con los requisitos exigidos por la Universidad.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la ciudad de Barranquilla a los 22 días del mes de Diciembre de 1998.

Firmado por

JESUS FERRO BAYONA
Rector

CARLOS MALABET SANTORO
Decano

HUMBERTO ESPINOSA TABOADA
Director del Programa

CARMEN HELENA JIMENEZ ARRIETA
Secretaria Académica

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Barranquilla, 22 de Diciembre de 1998

Secretaria Académica

0034250

ACTA DE POST-GRADO Nº 4336-UMNG
ACTA Nº 693/2006 H.M.C. – D.E.M.

En Bogotá, D.C., a los Veinticuatro (24) días del mes de Febrero del año Dos Mil Seis (2006) se reunieron los siguientes funcionarios: Por parte de la Universidad: señor **Brigadier General CARLOS LEONGÓMEZ MATEUS**, Rector; **Capitán de Navío EDGAR ALFONSO GARCÍA CIFUENTES**, Vicerrector Académico; **Coronel Médico JUAN MIGUEL ESTRADA GRUESO**, Decano de la Facultad de Medicina. Por parte del Hospital Militar Central: **Capitán de Navío® Médico ALVARO ENRIQUE FACCINI DUARTE**, Director y la **Doctor ALVARO GUZMAN GONZÁLEZ**, Jefe División de Educación e Investigación Científica, con el objeto de estudiar los resultados académicos de una Residente que adelanto sus estudios de Educación Avanzada y otorgar a la misma el título de **ESPECIALISTA**. Para efecto se procedió como a continuación se indica.

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 8, 10, 24, 25, 28 y 137 de la Ley 30 de 1992, artículo 2º, y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980, artículo 1º del Decreto 2273 de 1985; Resolución 12975 de 1985 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdos Nº 129 y 312 de 1984 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior – ICFES, Resoluciones No. 299 y 399 de 1993 de la Universidad Militar Nueva Granada.

OTORGAMIENTO DE TITULOS

La Rectoría de la Universidad Militar teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, la División de Registro Académico por intermedio de su Jefe y el Hospital Militar Central por intermedio de su Director, han informado que la Profesional **LEDYS MARÍA IZQUIERDO BORRERO,** identificada con la cédula de ciudadanía Nº 32.754.316 de Barranquilla, ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Hospital Militar Central y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarle el título de **ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA,** quedando registrado su diploma y acta de grado con el número de registro **PG- 5486**

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto Nº 2725 del 10 de octubre de 1980 firman al respaldo los que en ella intervinieron.

Doctor ALVARO GUZMAN GONZÁLEZ
Jefe División de Educación e Investigación Científica
Hospital Militar Central

Siguen firmas al respaldo...

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 237 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en sesión del día 16 de febrero del año 2011, según consta en el Acta No. 05 y Acuerdo No. 10575 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a graduo, alumno (a)

LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO
C.C. 32.754.316 de Barranquilla

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución conforme al concepto favorable emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

En ceremonia solemne del día 03 de marzo del año 2011, se le hace entrega del diploma No.06307, el cual aparece registrado con el No. 5974, al folio 348 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2011.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los tres (03) días del mes de marzo del año dos mil once (2011).

CARLOS FELIPE ESCOBAR ROA
RECTOR

LUIS ARTURO RODRIGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Coordinación Regional N.1
Red de Donación y Transplantes
Certifica Que:

LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO

C.C.32754316

Asistió al:

"Seminario de Gestión Operativa de la Donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes y mi rol como profesional de la salud"

Intensidad horaria de **9 horas** , realizado el día 26 de febrero de 2019 en Bogotá, D.C.,

I 0 n Z 4 r 5 h A h

Nota: La intensidad horaria de esta jornada, podrá ser validada dentro del Programa de Educación Continuada dispuesto en la Institución en la cual usted labora.

LUIS GONZALO MORALES SANCHEZ
Secretario Distrital de Salud
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

CARLOS JULIO PINTO IZA
Director Provisión de Servicios de Salud
Dirección de Provisión de Servicios de Salud

BETTY NARANJO ALCALDE
Coordinador Regional N°1 RDT
Coordinador Regional N°1

¡COMPARTE EL DON DE LA VIDA!

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Hospital Militar Central
Dirección General

Coordinación Regional No.1
Red de Donación y Trasplantes

Certifican que:

LEDYS IZQUIERDO

CC: 32.754.316

Asistió al:

Segundo Simposio de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplantes, con una intensidad horaria de ocho (8) horas, realizado en el Hospital Militar Central el día 5 de Octubre de 2017

Bogotá D. C.

CONSUELO PEÑA APONTE
Directora de Provisión de Servicios de Salud
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

BETTY NARANJO ALCALDE
Coordinadora - Regional N°1 RDT
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

LUIS EDUARDO PINO VILLAREAL
Teniente Coronel Medico
Subdirector Administrativo Docencia e Investigación

CLARA ESPERANZA GALVIS
Brigadier General Medico
Directora General Hospital Militar Central

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

COMPARTE EL DON DE LA VIDA

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

SERVICIO DE TRASPLANTE Y DONACION DE ORGANOS

Bogotá D.C 20/10/2020

Señores:

Universidad El Bosque

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

-**/

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Ledys María Izquierdo Barrera 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:

Medicina Crítica y Cuidado Intensivo Pediatrica

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 32754316

Tarjeta profesional No: 32754316

Dirección de contacto: ledysmi@gmail.com

Teléfono: 3124819193

Bogotá D.C 20/10/2020

Señores:

Universidad Militar Nueva Granada
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

-**/

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Lady Maria Izquierdo Barrera 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:

Pediatría
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 32754316

Tarjeta profesional No: 32754316

Dirección de contacto: ladysmai@gmail.com

Teléfono: 3124819193

Bogotá D.C 20/10/2020

Señores:

Universidad El Norte

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

-**/

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Lady Maria Izquierdo Barraza 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:

Medica Cirujana

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 32754316

Tarjeta profesional No: 32754316

Dirección de contacto: ladymaie@gmail.com

Teléfono: 3124819193

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) LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO, identificado(a) con CC. No. 32754316, 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 2331 2020	07/02/2020	31/10/2020	$73.787.536

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO

Contrato PS 2331 2020: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ESPECIALISTA EN CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Contrato PS 2331 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ESPECIALISTA EN CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 22 de Octubre de 2020.

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

Cordialmente,

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

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
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.754.316

IZQUIERDO BORRERO

APELLIDOS

LEDYS MARIA

NOMBRES

FIRMA

Scanned by CamScanner

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-1972**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-MAR-1991 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00130184-F-0032754316-20081120 **0006**513275A 2 1290023328

Scanned by CamScanner

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14254868566

(415)7707212489984(8020) 000001425486856 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 2 7 5 4 3 1 6	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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	3 2 7 5 4 3 1 6	1 9 9 1 0 3 2 1

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA. 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
IZQUIERDO	BORRERO	LEDYS	MARIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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
AV CL 63 75 35 TO 3 AP 1101 BRR NORMANDIA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ledysmai@gmail.com		4 9 0 1 5 7 9	3 1 2 4 8 1 9 1 9 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 6 0 2 0 8					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

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: 2 0 1 3 0 8 2 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre RUIZ VELASQUEZ LUZ ANYELA
985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 10-03-2017 10:35:44PM

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:12/08/2019

CONTRIBUYENTE	C.C. 32754316	LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: AC 63 75 35 AP 1101 Teléfonos: 4901569

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

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 17/09/2013 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86211 - Actividades de la práctica médica, sin internación (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

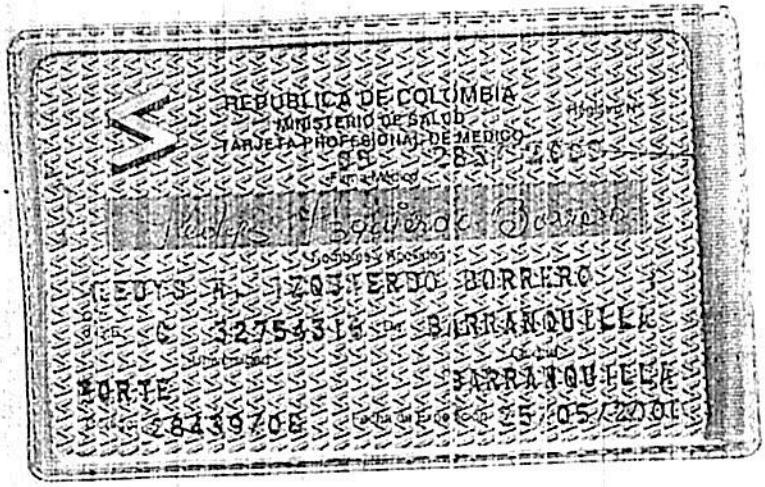
REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Version 2.02


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
LUIS A. IZQUIERDO BORRERO
C 3275431 BARRANQUILLA
FORTE
28439708
25/05/2001

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
06-11-2001
SALUD

GOBERNACION DEL ATLANTICO
SECRETARIA DE SALUD DEL ATLANTICO

DESPACHO DEL SECRETARIO

RESOLUCIÓN NUMERO 08 - 000233 DEL 2.000
( )

" Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio Profesional "

EL SECRETARIO DEL DESPACHO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL ATLÁNTICO

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y

C O N S I D E R A N D O

Que LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO, identificada con Cédula de Ciudadanía 32.754.316 expedida en Barranquilla - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional como MEDICA CIRUJANA que le otorgó la UNIVERSIDAD DEL NORTE el día 22 de diciembre 1998, según Acta de Grado No. 24-98-01-31.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio, en la E.S.E. - CENTRO DE SALUD DE PUERTO NUEVO - Atlántico del 01 de marzo de 1999 hasta el 01 de marzo del 2000.

R E S U E L V E

ARTICULO UNICO: Autorizar a LEDYS MARÍA IZQUIERDO BORRERO, identificada con la Cédula de Ciudadanía 32.754.316. expedida en Barranquilla-Atlántico, para ejercer la Profesion de MEDICA CIRUJANA, en el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE, Dada en Barranquilla - Atlántico, el dia

ALEJANDRO HAAG LEDERER.
Secretario de Despacho

MEMM

Scanned by CamScanner

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

Cédula de Ciudadanía | 32754316 | LEDYS | IZQUIERDO

Confirme los números de la imagen *

Cambiar

4219

Limpiar

Resultado General -2020-10-22 -11:37:57 AM

Tipo Identificación	Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido Estado Identificación	Detalles
CC	32754316	LEDYS	MARIA	IZQUIERDO	BORRERO	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) LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO identificado(a) con CC 32754316 registra La siguiente información:

2020-10-22 -11:37:57 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión / Ocupación	Fecha Inicio Ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2000-03-15	283	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	2006-02-24	59916	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	2011-03-03	59917	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|ATLÁNTICO|POLONUEVO	1999-03-01	2000-03-01	Programa de Salud Pública	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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).

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C3275431600020323

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO**, identificado(a) con C.C. No. 32754316 y T.P. o R.M. No. 32754316 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene 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 quese encuentren vigentes en dicho momento.

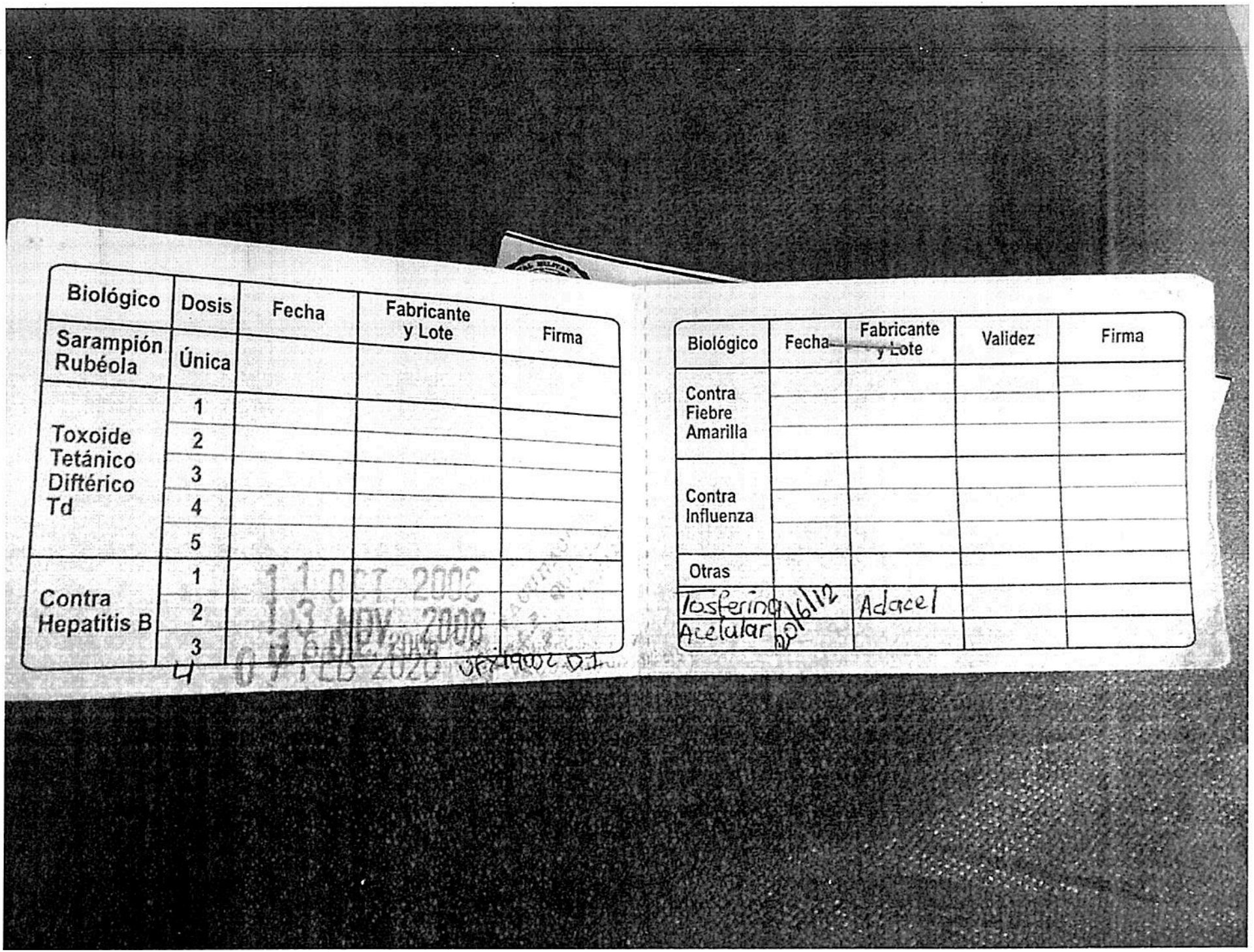
"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 29 enero 2021 a solicitud del(a) interesado(a).

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com



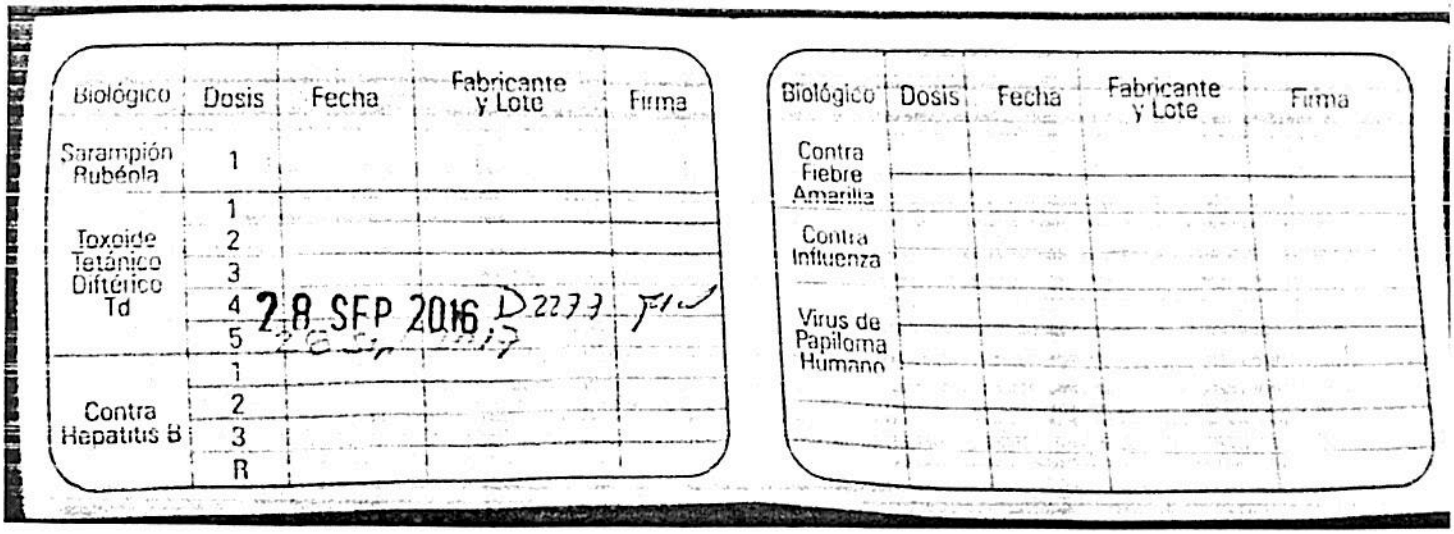
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	11 OCT 2006		
	2	13 NOV 2006		
	3	16 APR 2008		
	4	07 FEB 2020	JF4902 D1	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
Tosferina Acelular	20/6/12	Adacel		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
UNIDAD TALENTO HUMANO
ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

NOMBRE	Izquierdo Barrero Jeidy		C.C.	32754316	
Niveles de Títulos de Anticuerpos contra Hepatitis		**A**		X	
RESULTADO	462.7		FECHA	feb-12-2011	
RESPONSABLE	[illegible]		FECHA	21-06-12	
CONDUCTA	Reservo en 10 años				

Scanned by TapScanner



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4	28 SEP 2016	D2273	
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Scanned by TapScanner

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

Ministerio de la Protección Social

Certificado de Vacunación del Adulto

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Scanned by TapScanner

Scanned by CamScanner

COLCAN
SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nombre:	IZQUIERDO BORRERO LEDYS MARIA	**Identificación:**	CC 32754316
Genero:	Femenino	**Edad:**	46 AÑOS
Cargo:	DOCENTE	**Orden No.**	107272
Fecha de ingreso:	25/01/2019 01:54 p. m.	**Fecha de salida:**	25/01/2019 02:25 p. m.
Empresa:	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49	**Destino:**	UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
Tipo de evento:	Ingreso		

***Tipo de evaluación:* EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

Exámenes realizados:

Examen Medico Ocupacional Con Énfasis Osteomuscular

Concepto SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Restricción y/o causa de aplazamiento:

NO

Recomendaciones

Recomendaciones personales:
Ejercicio cardiovascular periódico.
Hábitos alimentarios con dieta sana y balanceada.
Realizar estiramientos de espalda
Uso de corrección visual
Control Optometrico anual
Control medico preventivo
Recomendaciones laborales:
Examen ocupacional periódico según SST de la empresa.
Uso de elementos de protección personal según factor de riesgo ocupacional.
Realizar pausas activas durante la jornada laboral.
Mantener buena higiene postural
Capacitarse en prevención y manejo de riesgo biológico.
Revisar y actualizar periodicamente esquema de vacunación.

Observaciones

NO

Incluir en SVE No
Programa de Promoción y Prevención Visual

Nombre Medico Evaluador:
OCHOA ESTEPA ANGELA MARIA
Registro medico: 25862 Ltc. 50 14431

Paciente
IZQUIERDO BORRERO LEDYS MARIA
CC 32754316

Emergency Training & CPR

Otorga el presente
certificado a

Ledys María Izquierdo Borrero
C.C. 32.754.316

Por su asistencia y participación al curso semipresencial de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO CON ÉNFASIS EN HUMANIZACIÓN

Con una intensidad de cuarenta (40) horas

Está capacitación sigue las recomendaciones dadas por las guías del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, cumpliendo con la resolución 2003 de mayo de 2014 y la norma de competencia laboral 240201056

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. – República de Colombia a los catorce (14) días del mes de noviembre de 2018

Anaderly Gutiérrez López
Gerente General – Instructor

Educación Informal de acuerdo con el decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional

emergencytraiingycpr@gmail.com
Cel: (57) 3192022788

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:	13/4/2020	CIUDAD:	Bogotá D.C	DEPARTAMENTO:	Bogotá D.C

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Izquierdo	Borrero	Ledys	María

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 ☐	32754316	Barranquilla	21-03-1991
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
8-12-1972	Barranquilla - Atlco	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DEVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☒	VIUDO(A) ☐	2	1	3124819193

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)					PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA ☐	BACHILLER ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL:	Pediatra Intensivista
UNIVERSITARIO ☐	POSTGRADO ☐	MAGISTER ☒	OTRO ☐		Mag. Bioeticista

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Av. Calle 63 #75-35	Bogotá D.C	Bogotá D.C	Colombia	3124819193

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
ledysmai@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ortiz	Poveda	Héstor	Fabio

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 ☐	79567491	Bogotá	Bogotá D.C	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒	NO ☐	NACIONALIDAD:	Colombiano

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 ☐		
		NO ☐	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: 8621 1	SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☒ NO ☐	SI ☒ NO ☐	Hospital Santa Clara	899.999.061-9

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

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

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

CARGO ACTUAL		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 $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	12.000.00	GASTOS FAMILIARES	5.000.000=	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	30.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	5000.000=	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	12.000.000 =	TOTAL EGRESOS	10000.000	TOTAL ACTIVOS	30.000.000	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
Palma	Cervantes	Adelaida	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
Av dlo 63 # 75-35	Bogota - colombia	Amiga	310 632	2872

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bancolombia	Cta. Ahorro	—	Cle 76	—

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 ☐	MERCADFO ☐	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.):

Trabajo como Medico pediatra Intensivista y docente

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 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

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.

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.

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 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.

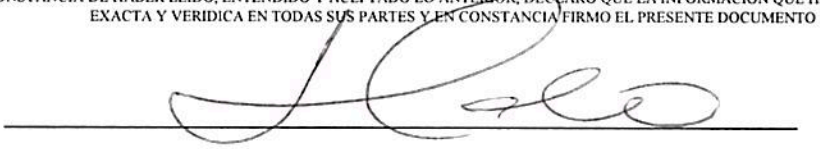
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA				**13. VERIFICACION DE LA INFORMACION**			
1.Fecha y Hora:		**2. Ciudad**		**1. Fecha y Hora:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario Subred				**3. Nombre y Cargo (Contraparte)**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la 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

Total points 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.

Email address *

ledysmai@gmail.com

Documento de Identidad *

32754316

Nombres y apellidos *

LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO

Número de contacto *

3124819193

Nivel jerárquico *

Profesional

Tipo de vinculación *

Contrato

Unidad a la que pertenece *

Aliansalud eps

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO identificado con CC No. 32754316 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 32754316, con vigencia desde 2/1/2007 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	32754316	LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO	48	818	01/02/2007	Vigente		Si
2	22420624	EDILSA MARIA BORRERO DE IZQUIERDO	67	115	01/02/2007	No vigente	30/04/2007	No
3	102930418232	MARIA CAMILA IZQUIERDO GOMEZ	22	132	01/02/2007	No vigente	31/03/2008	No
4	79567491	NESTOR FABIO ORTIZ POVEDA	49	788	01/02/2007	Vigente		No
5	1145924445	JOSE DAVID ORTIZ IZQUIERDO	13	797	28/07/2007	Vigente		No

Se expide en Bogotá a los 29 días del mes de Enero del 2021

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **32754316,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de enero de 2021.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

32 754 316	Colmena
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ledys	María	Izquierdo	Barrero

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
8/12/1972	Bogotá	Ak. 11e 63 #75-35	312 4819193

Aliansalud	Colpensiones	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Pediatra Intensivista	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

ledysmai@gmail.com	312 4819193
Correo Electrónico	Celular

	GINA Ortiz Ortiz.
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 1018402856

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 159587926

WEB
14:53:48

Bogotá DC, 27 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) LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 32754316:

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)

ATENCION :
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 27 de enero de 2021, a las 14:54:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	32754316
Código de Verificación	32754316210127145419

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. 4173810

BogotÃ¡ D.C., 27 de Enero de 2021 - 14:55 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS DIECISEIS** de BARRANQUILLA

32754316

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

POLICIA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:55:49 PM horas del 27/01/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **32754316**
Apellidos y Nombres: **IZQUIERDO BORRERO LEDYS MARIA**

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

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

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

Certificado Bancario

Lunes, 8 de Marzo de 2021

Señores
HOSPITAL SANTA CLARA SUB RED CENTRO ORIENTE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO identificado(a) con CC 32754316, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20936041436	2004/05/04	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario