

Soacha, 11 de julio de 2022

Doctora.

ALEXANDRA GONZALEZ MORENO

Gerente

Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

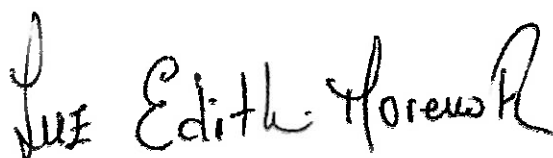
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Luz Edith Moreno Rojas

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga **Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha** y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



Nombre del Contratista: CC: 52 102 669

Dirección: calle 34 14 00 este

Email: cheo318@hotmail.com

Teléfono/ Celular: 3112146413

HOJA DE VIDA



Datos Personales

NOMBRE	Luz Edith Moreno Rojas
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.102.669 de Bogotá
FECHA DE NACIMIENTO	08 de septiembre de 1972
LUGAR DE NACIMIENTO	Bogotá, Cundinamarca
ESTADO CIVIL	Casada
CIUDAD	Soacha (San Mateo)
DIRECCIÓN	CLL 34 No14-00 este bl14 C10
TELÉFONO	3112146413 - 3132158493
E-MAIL	cheo318@hotmail.com

Perfil Profesional

Con el objeto que sea analizada hago llegar a ustedes mi hoja de vida, para evaluar mis posibilidades de trabajo en su empresa. Además de ofrecer mis servicios y poseer las cualidades técnicas e intelectuales para el cargo, me presento como una persona responsable, puntual, atenta y con espíritu de trabajo, cualidades personales y sociales que me hacen una persona digna representante del cargo solicitado.

Estudios

Estudios Primarios: INSTITUCIÓN EDUCATIVA CONCENTRACIÓN
REPUBLICA DE ITALIA

Estudios Secundarios: COLEGIO DISTRITAL VENECIA

Estudio técnico: INSTITUTO INGABO
Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería
2002

Estudio Técnico: SENA
Técnico en salud pública
2018-2019.

Talleres y Cursos

SENA

Técnico en salud pública

2018-2019

CAFAM

Soporte en Salud Ocupacional

Octubre 2016

INSTITUTO INGABO

Técnico Laboral como Auxiliar de Enfermería

2002

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCION CUNDINAMARCA D.C.

Primeros Auxilios I y II Camilleros e inyectología intramuscular 84 horas

Octubre de 2000

SENA

Cooperativismo Básico 40 horas

Octubre de 2005

SENA

Atención al Cliente 40 horas

Noviembre de 2005

SENA

Emprendimiento Empresarial 74 horas

Abril de 2006

SENA

Atención y Orientación a los usuarios de Salud 40 horas

Abril de 2009

SENA

Informática Básica 40 horas.

Mayo de 2009

Experiencia Laboral

HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS

CARGO: Auxiliar de enfermería PIC

FUNCIONES: Identificación, notificación y seguimiento a casos y eventos importantes en salud pública a las familias.

Orientación e información a las diferentes necesidades en salud a la comunidad en general, promoción y prevención brindando respuesta oportuna, a casos requeridos.

Realización de informes mensuales.

JEFE INMEDIATO: SONIA PINZON

TELEFONO: 3105723721

TIEMPO: 15/03/2021 al 31/12/2021

O.I.M ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES.

CARGO: Técnico en vigilancia en salud pública.

FUNCIONES: Identificar riesgos en salud a la comunidad, venezolana y colombiana, educando mediante talleres y actividades de salud donde se notifican eventos y casos importantes a entes territoriales competentes.

Capacitación a líderes y sus familias en promoción y prevención respecto a las 18 practicas.

Informar y orientar a los usuarios dando respuesta oportuna a las diferentes necesidades en salud.

Realización de informes mensuales.

JEFE INMEDIATO: Adriana Betancourt

TELEFONO: 3102696269

TIEMPO: 08/04/2019 al 14/06/2020

JARAMILLO PEREZ Y ASOCIADOS

CARGO: Auxiliar de enfermería

FUNCIONES: Tamizaje y valoración para niños de primera infancia.

Realización de informes diarios.

Notificación de casos de desnutrición.

JEFE INMEDIATO: Fernando Barreto

TELEFONO: 3005710908

TIEMPO: 01/10/2018 - 31/10/2018

ESE MUNICIPAL DE SOACHA

CARGO: Enfermera

FUNCIONES: Mediante visitas domiciliarias verificar estado de salud de las familias notificando eventos en salud importantes, educando y orientando en promoción y prevención.

Realización de informes mensuales.

JEFE INMEDIATO: Felicia Cervantes

TELEFONO: 3006303986

TIEMPO: 01/02 /2017-28/072/2019

Referencias Familiares

GLADYS AMPARO MORENO

Cargo: Independiente

Teléfono: 3115324106

BRIGITHE MORENO TRIANA

Cargo: Terapeuta Ocupacional.

Teléfono: 3133657231

Referencias Personales

MAHOLY VELASQUEZ AHUMADA

Cargo: Jefe de Enfermería

Teléfono: 3214873058

ASTRID CABANZO SÁNCHEZ

Cargo: Enfermera

Teléfono: 3115942139


LUZ EDITH MORENO ROJAS
C.C 52.102.669 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.102.669**
MORENO ROJAS

APELLIDOS
LUZ EDITH

NOMBRES

Luz Edith Moreno

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

08-SEP-1972

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

O+

G.S. RH

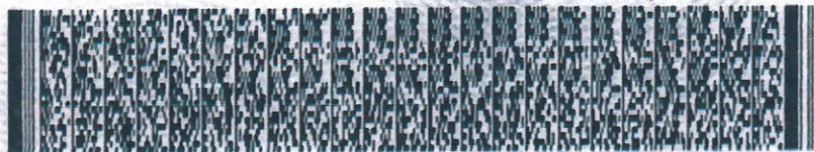
F

SEXO

15-AGO-1991 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-5200100-00647604-F-0052102669-20141126

0041374533A 1

6723055484

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 201564177



WEB

15:17:54

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de julio del 2022

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) LUZ EDITH MORENO ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52102669:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

OTA: 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>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento con el Ciudadano

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**

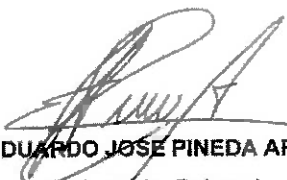
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 27 de julio de 2022, a las 15:19:34, el número de identificación, relacionado a continuación, **NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.**

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52102669
Código de Verificación	52102669220727151934

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.



EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:21:19 PM horas del 27/07/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52102669**

Apellidos y Nombres: **MORENO ROJAS LUZ EDITH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las instalaciones de la [Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 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: [dijin.araic-
ato@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-ato@policia.gov.co)



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/07/2022 04:22:41 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **52102669** y Nombre: **LUZ EDITH MORENO ROJAS.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **37991080** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

Información

5159000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

www.policia.gov.co

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14836168946



(415)7707212489984(8020) 000001483616894 6

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

5 2 1 0 2 6 6 9

4

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

Persona natural o sucesión ilíquida

2

Cédula de Ciudadanía

1 3

5 2 1 0 2 6 6 9

1 9 9 1 0 8 1 5

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

MORENO

ROJAS

LUZ

EDITH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Cundinamarca

2 5

Sosha

7 5 4

41. Dirección principal

CL 34 14 00 ESTE BRR SAN MATEO

42. Correo electrónico

cheo318@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 2 1 4 6 4 1 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 6 9 9

2 0 0 0 1 2 0 4

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2022-07-05/13:22:19

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO ROJAS LUZ EDITH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo Version Vigencia	TH_FTO_45 0 06/07/2022
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2022-07-11	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBL	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
MORENO	ROJAS		LUZ	EDITH	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad, Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA-MM-DD)	
CC ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		52102669	BOGOTA	1991-08-15	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad, Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1972-09-08	BOGOTA CUNDINAMARCA		COLOMBIA	COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐			1	2	3112146413
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐ OTRO ☐					CUAL: <input type="text"/> CONTRATISTA
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 34 # 14-00 ESTE		SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
CHEO318@HOTMAIL.COM				PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
2. DATOS DEL CONVUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
QUIROGA	SIERRA		LUIS	FERNANDO	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION			FECHA EXPEDICION (AAAA-MM-DD)
CC ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		79842679			
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA. SI ☒ NO ☐		
		CUAL: <input type="text"/>	NACIONALIDAD: COLOMBIANA		
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☐
			ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR
				SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☐		NO ☒		ESE Región de Salud Soacha	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐		# NIT 800006850-3	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐					
OTRA ☐ CUAL: <input type="text"/>					



FORMATO SARLAFT

Codigo

TH_FTO_45

Version

0

Vigencia

06/07/2022

DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS	
N/A		N/A		N/A		N/A			
CARGO ACTUAL		AUXILIAR DE ENFERMERIA				FECHA VINCULACION			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA									
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES			ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS			\$ 0 GASTOS FAMILIARES			\$ 1,500 AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS			\$ 0 ARRENDOS					TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS			\$ 0 CUOTA VEHICULO					DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES			\$ 0 CUOTA VIVIENDA			\$ 210 PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*			\$ 0 OTROS EGRESOS*			\$ 500 OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS			\$ 0			TOTAL EGRESOS		\$ 2,210	
TOTAL ACTIVOS			\$ 0			TOTAL PASIVOS		\$ 0	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS			DESCRIPCION OTROS EGRESOS			DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
N/A			N/A			N/A		N/A	
6. REFERENCIAS PERSONALES <small>(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contratante y debe ser insalvable en Horario Laboral)</small>									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
CABANZO		SANCHEZ		ASTRID					
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR			
CALLE 34 # 14-00 ESTE		SOACHA CUNDINAMARCA/ COLOMBIA		AMIGA		3115942139			
7. REFERENCIA FINANCIERA									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL		TELEFONO	
BANCOLOMBVIA		AHORROS		22186001846		SOACHA			
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAIS/CIUDAD		MONEDA	
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS								CUAL:	
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐									
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS									
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando corteza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):									
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo 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 lo 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha 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 se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA									
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS									
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses + 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 de la tarjeta profesional del contador legible. 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									

 <p style="font-size: small;">MINISTERIO DE SALUD REPUBLICA DE COLOMBIA</p>	<p>FORMATO SARLAFT</p>	<p>Código</p> <p>Version</p> <p>Vigencia</p>	<p>TH_FTO_46</p> <p>0</p> <p>06/07/2022</p>
---	-------------------------------	--	---

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.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, 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 concepto de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

10. 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 PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la 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, enténdase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

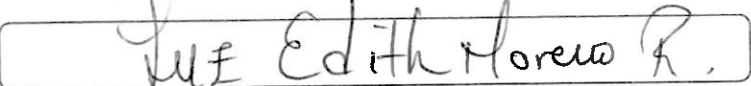
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION. Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son: la ESE Región de Salud Soacha 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, transfieren, transmiten, entreguen o divulgan, en desarrollo de los previstos en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, 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.

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

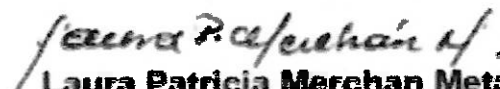
NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORENO ROJAS LUZ EDITH** identificado(a) con CC número **52.102.669** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de septiembre de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de junio de 2022.

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

202206271504

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	03	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD			DEPENDENCIA ACCESO A SERVICIOS DE SALUD					DIRECCIÓN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD OIM ANIZACION INT.				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6223417			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	08	Mes	04	Año	2019	Día	14	Mes	06	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ACCESO A SERVICIOS DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 14B - 93B 46 CARRERA 14 #93B 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 03686			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2017	Día	28	Mes	02	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD			DEPENDENCIA ACCIONES COLECTIVAS- SALUD PUB					DIRECCIÓN CARRERA 1B - 12 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD JARAMILLO PEREZ Y ASOCIADOS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7522651			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2018	Día	31	Mes	10	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL APRENDIZ AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CARRERA 5 - 67 CARRERA 5 # 67 68						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN				

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	1

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Soacha 11/07/2022
 Luz Edith Moreno R

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

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
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

Período Declarado: 01/01/2021 - 31/12/2021

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ EDITH MORENO ROJAS

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 52102669

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: [{"tipoVia":{"id":"337","sigla":"CALLE","descripcion":"CALLE"},"

TELÉFONO: 3112146413

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
BRAYAN CAMILO QUIROGA MORENO	1010137154	HIJO(A)
LAURA ALEJANDRA QUIROGA MORENO	1022430386	HIJO(A)
MARIA OLIVA ROJAS REINA	41981875	MADRE
Jose Vicente Moreno Ladino	2981875	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	\$0
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$10.890.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	\$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$10.890.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	221860010846	BANCOLOMBIA	2.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLES	CALLE 34 N° 14-00 ESTE	100.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO CAJA SOCIA	HIPOTECARIO	10.000.000

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad SI X NO

tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

LUIS FERNANDO QUIROGA SIERRA

C.C. X C.E. T.I.

79842679

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Luz Edith Moreno
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha 11/07/2022
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 11 de julio de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Luz Edith Moreno Rojas identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 52.102.669 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Auxiliar de enfermería, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (X) no () acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,

Luz Edith Moreno R

C.C. 52.102.669

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgv.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha -Cundinamarca-Colombia.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 11 de 07 de 2022

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo Luz Edith Moreno Rojas identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 52.102.669 de Bogotá, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: a) La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), c) Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, d) Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Luz Edith Moreno R

C.C. No. 52.102.669 de Bogotá

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL COLPATRIA__

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Luz Edith Moreno Rojas _____

Nº Documento: 52.102.669 _____

Fecha de Nacimiento: 0 8 / 0 9 / 1 9 7 2 _____

Dirección: Calle 34 14 00 este _____

Teléfono. Fijo – Celular: 3112146413 _____

E-mail: cheo318@hotmail.com _____

EPS: Famisanar _____

AFP: Proteccion _____

Firma Contratista: _____

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

EMPLEADO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Identificación: 800006850
Número Afiliación: 215221
Razón social:

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Nombre: LUZ MORENO ROJAS
Tipo de documento: CÉDULA
Número de documento: 52102669

DATOS DEL CONTRATO

Nit Empresa en Misión: 0
Nombre Empresa en Misión: HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS E S E
Código Sucursal: SUCURSAL 3
Nombre Sucursal: ESPECIALISTAS
Código Centro de trabajo: CTAB 003
Nombre Centro de trabajo: GENERAL
Tasa de Riesgo: 2.436
Número contrato: 9437
Fecha Inicio contrato: 25/07/2022
Fecha Fin contrato: 31/10/2022
Tipo de Contrato: ADMINISTRATIVO
Valor del Contrato: 8712000
Estado del Contrato: VIGENTE

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 11 de julio de 2022

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 Luz Edith Moreno en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece “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 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad “el tratamiento solo 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 cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Tecnico auxiliar en enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Luz Edith Moreno R

Nº Documento 52102669 _____

Tarjeta Profesional Nº 52102669

Dirección de contacto Cl 34 # 14 00 este

Teléfono 3112146413_

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo Luz Edith Moreno Rojas identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 52.102.669, expedida en Bogota, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiese causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA: Protección de datos.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA: Utilización de la información:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA: Contraseña:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA: Traspaso de información.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA: Bloqueo.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ: Aplicación normativa.** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSION	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	x
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	 x
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	x
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	x

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 11 días del mes de julio de 2022

Luz Edith Moreno R.

Firma y huella



3112146413

Celular No.

Cheo318@hotmail.com

Correo institucional

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombre:

Apellidos:

Documento de identidad:

Fecha de nacimiento:

Sur Edith
Moreno Rojas
C.C. X
No. 52102609
Día 08 Mes 09 Año 1972

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	Vacunadora	Nombre vacunador	Fecha de vacunación
COVID-19	1	14-05-21	Pfizer	676924	101	Edith Moreno	522150
	2	14-05-21	Pfizer	W0210	101	Juanita Noya F.	
	Ref	04-04-22	Janssen	202321A	Jerman	Adriana Lucia Hernández	

Juanita Noya F.
AUX. DE ENFERMERIA
C.C. 1.223.910.975

Adriana Lucia Hernández
C.C. 1.098.507.111
Aux. Enfermería

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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres

LUZ EDITH

Apellidos

MORENO ROJAS

Documento
de identidad

CC

Ti

Pasaporte

No.

54102669

Fecha de
Nacimiento

Die

08

Mes

09

Año

1972

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diférico Td	1	30-10-17	D2299	JESSICA V.
	2	20-11-17	D2298	DIVINA N.
	3	13-17-1218	02259	
	4	10/4/2012	273	
	5	5/21/18		
Contra hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

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

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.

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Luz

Apellidos:

Moreno

Documento
de identidad

C.C. X II

Pasaporte

No 52102669

Fecha de
nacimiento:

Día 08

Mes 09

Año 1972

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Varicela - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Tétanos - Difteria - Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
DTPa	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B				
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	08/2015	50220014-SSS	Luz Moreno
Otras				

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres

LOZ EDITH

Apellidos

MOLENO ROJAS

Documento
de identidad

C.C. ☒ T.I.

Pasaporte

No.

52 102 669

Fecha de
Nacimiento

Día

08

Mes

09

Año

1972

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
a pión Rubeola	1			
	1			
Toxóide Tetánico	2			
Diférico	3			
Td	4			
	5			
	1			
Contra epatitis B	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		ANUAL 02/12/16	Sandoz N3887	Sesolica V
Virus de Papiloma Humano				

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



**DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA**
Secretaría de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: **Lu2 edith**

Apellidos: **Moreno**

Documento de Identidad: **CC X** **País: COLOMBIA** **No 52102669**

Fecha de Nacimiento: **Día: 08 Mes: 09 Año: 1972**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Tosque de Tetánico - Difteria (Td)	1	13-06-19	2215002A	Comio H.
	2			
	3			
	4			
TdaP acritular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	13-6-19	032070213E	Comio H.
	2	10-8-20	032900030	Janire G.
	3	15-8-21	031761400	body E.
Anticifia	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Annual			
Otras				

Certificado de Aptitud Laboral: INGRESO - SALUD



Fecha: 12/Jul/2022, Hora: 01:47:25 p.m.

Apellido: MORENO ROJAS

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Direccion: CALLE 34 N 14-00 ESTE

Telefono: Celular: 3112146413 Email: Estado Civil: Casado

Ciudad: Cundinamarca - Soacha

Nombre: LUZ EDITH

Nro Identidad: 52102669

HC: # 41410

Edad: 49 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 08/Sep/1972

Rh: O+

Exámenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto

Apto con recomendaciones

Recomendaciones

Uso de Elementos de Proteccion Personal

Implementar Pausas Activas

Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo

Otras: *MANTENER MEDIDAS PARA PREVENIR CONTAGIO DE COVID 19 DURANTE LA JORNADA LABORAL Y MEDIOS DE TRANSPORTE.

*ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA. MANTENER CUIDADOS Y DESINFECCIÓN EN CASA.

*USO DE MEDIAS DE COMPRESION ELASTICAS PARA LABORAR/USAR PROTECCIÓN VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE/ DIETA BALANCEADA: BAJA EN CALORÍAS, GRASAS Y HARINAS. MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLES.

*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE, A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo, **la autenticidad del contenido de este certificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR, el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

Tatiana Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
ILM 9526/2015
LIC S.O. 3594/2016

LADY MARTIN,
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015



LUZ EDITH MORENO ROJAS
CC 52102669

Luz Edith

Huella
Digital

Cra. 9 No. 12^a - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

comercial@servirips.com



El Instituto de Educación No Formal

Instituto Ingabo

Con autorización Oficial según Acuerdo 23 del 4 de Marzo de 1998 y Acuerdo 27 del 2 de Julio de 1998 de Min Salud y la Resolución No. 300 del 8 de Febrero de 1999 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga el Certificado de

Técnico Laboral

LUZ EDITH MORENOROJAS

C.C. 52.102.669 de BOGOTÁ

(Quién cursó, aprobó y cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos en el programa de :

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Con una duración de 2.000 horas
Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a los 8 días del mes de DICIEMBRE de 2.002



Rosario Pacheco Rodríguez

El Director

S. C. G. y Villaverde
Secretaría

Registro Folio No. 54/21 del Libro de Certificados No. 1



Instituto de Educación No Formal "INGABO"

Acuerdos No. 25 del 4 de Marzo de 1998 y No. 27 del 2 de Julio de 1998 del Ministerio de Salud
Resolución No. 300 del 8 de Febrero de 1999 de la Secretaría de Educación

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION DE TECNICO LABORAL

Registro 54 Folio 22 Libro 1

En la Ciudad de Bogotá a los Veinticuatro (24) días del mes de Octubre del año 2.002, se reunieron con el fin de formalizar el Acta de Certificación de los alumnos (as) de Auxiliar de Enfermería, los suscritos Director (a) y Secretario (a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, Institución aprobada hasta Nueva Visita según Acuerdos N°. 25 de Marzo 4 de 1.998 y 27 de Julio 2 de 1.998 del Ministerio de Salud y Resolución N°. 300 del 8 de Febrero de 1.999 emanada de la Secretaría de Educación. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Programa, se procedió a otorgar la Certificación de **TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación LUZ EDITH MORENO ROJAS C.C. N°. 52.102.669, de BOGOTA.

Es fiel copia del Acta Original General N°. 6 de fecha 24 de Octubre que consta de 85 alumnos que comienzan con el nombre de ANA BRIGITH AGUDELO GONZALEZ y se cierra con el nombre de LISSETTE JOHANNA VELASQUEZ CALDERON firmado por:


DIRECTORA

C.C. No. 39.716.620 de Bogotá


SECRETARIA GENERAL

C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá D.C. a los 8 días del mes Diciembre del año 2.002



Resolución No 561 de 21/01/2003

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1375 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministro de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MORENO ROJAS LUZ EDITH Identificado(a) con CC número 52102669 expedida en BOGOTÁ D.E solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO INGABO el día 08/12/2002 y registrado en el libro 1 Folio 54 año 2002

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 MORENO ROJAS LUZ EDITH identificado(a) con CC número 52102669 expedida en BOGOTÁ D.E para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

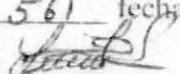
NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 21/01/2003

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO

Director de Desarrollo de Servicios

efvrs

Bogotá, D.C.	febrero 05 03.
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a)	Luz Edith Moreno
CC. #	52102669 B14
Res #	561 fecha: 21-01-03
Firma	





ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52102669

Primer Nombre *

Luz

Primer Apellido *

moreno

Confirme los números de la imagen *



Cambiar

2304

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2022-06-27--3:27:03 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación:	
CC	52102669	LUZ	EDITH	MORENO	ROJAS	Vigente	<u>Ver</u>

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LUZ EDITH MORENO ROJAS Identificado(a) con CC 52102669 registra La siguiente información:

2022-06-27--3:27:03 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtencion Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2003-01-21	561	DYS 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).



LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha



CERTIFICA QUE:

luz edith moreno rojas

Realizó el curso de:

CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

SANDRA MILENA DUARTE CASTRO
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 4, 2022





LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha



CERTIFICA QUE:

luz edith moreno rojas

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

JORGE HERNANDEZ
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 4, 2022





LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha



CERTIFICA QUE:

luz edith moreno rojas

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,73

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 4, 2022





E.S.E. HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

CONTRATACION
SOACHA - CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3

LA OFICINA DE JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL
MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

CERTIFICA

Que la señora, **LUZ EDITH MORENO ROJAS** identificada con cédula de ciudadanía No **52.102.669** suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

No CONT	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR TOTAL	VIGENCIA DEL CONTRATO
672	LUZ EDITH MORENO ROJAS	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS	\$5.985.000	16-09-2020 HASTA 30-12-2020
814	LUZ EDITH MORENO ROJAS	Prestar servicios asistenciales como AUXILIAR DE ENFERMERÍA (SSR), para la ejecución del convenio Interadministrativo Plan de Intervenciones Colectivas PSPIC 948-2021, entre La Secretaría de Salud de Soacha y La E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas.	\$10.890.000	15-03-2021 HASTA 29-08-2021
999	LUZ EDITH MORENO ROJAS	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS.	\$4.860.000	8-09-2021 HASTA 31-10-2021
1167	LUZ EDITH MORENO ROJAS	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS.	\$3.960.000	5-11-2021 HASTA 31-12-2021

1. Identificación y gestión del riesgo a familias nuevas caracterización social y ambiental - Seguimiento en hogar. 2. Identificación y gestión del riesgo a familias Antiguas - actualización de caracterización social y ambiental. 3. Gestión del riesgo a familias abordadas por la estrategia de APS durante los años 2017 a 2019 - Seguimiento telefónico. 4. Jornadas de Vacunación - PAI - convocadas por Ministerio de Salud y Protección Social y/o por la Secretaría de Salud Municipal para el fortalecimiento de la prevención de enfermedades inmunoprevenibles. 5. Acciones de información, educación y comunicación del riesgo, así como búsqueda activa de casos sospechosos (síntomas respiratorios) en puntos y zonas priorizadas. 6. Acciones de información, educación y comunicación para usuarios y/o familias COVID-19 Positivo. Seguimientos telefónicos usuarios priorizados por Contingencia COVID 19. 7. Acciones de información y educación para la prevención de enfermedades respiratorias agudas - COVID19 - medidas de protección - distanciamiento físico - uso de tapabocas y lavado de manos. 8. Asistir a las reuniones de asistencias técnicas y pre auditorías según cronograma. 9. Sistematización bases de datos de los productos realizados. 10. Participar en jornadas, ferias y espacios de sensibilización y/o capacitaciones convocadas. 11. Asistencia a reuniones convocada. 12. Entrega mensual de cronograma de actividades. 13. Las glosas generadas por concepto de inconsistencias relacionadas con falta de veracidad de los soportes, afectan el 100% del valor facturado en el entorno, y no están sujetas a ser levantadas y serán causales de terminación de contrato. Las ESE será responsable de realizar procesos legales respectivos y tomar las medidas

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
email: hmgyssoacha@yahoo.com - hsoacha@cundinamarca.gov.co
PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha -Cundinamarca-.

CUNDINAMARCA
REGIÓN
Que Progresas!
EN SALUD



@HMGYSOacha



@HMGYSOacha



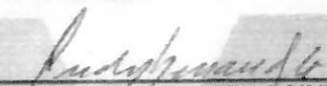
@hmgyssoacha



http://www.hmgyssoacha.gov.co/

pertinentes, informando de lo actuado a la Secretaría Municipal de Salud – Dirección de salud pública. 14. El incumplimiento de las características técnicas de los lineamientos operativos, de acuerdo con los atributos de calidad (oportunidad, continuidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad y satisfacción) aplicables al producto, generará una glosa definitiva del 70% sobre el valor facturado por el producto que presente la inconsistencia. Los criterios y atributos de calidad específicos serán definidos en el lineamiento correspondiente a cada actividad. 15. La presentación de soportes contachones, enmendaduras y/o información inconsistente generará una glosa definitiva del 50% sobre el valor facturado por el producto que presente la inconsistencia. 16. El no cumplir con los criterios de calidad en las bases de datos generará una glosa del 1% del valor facturado por el perfil. 17. El pago de las obligaciones contractuales está sujeto al cumplimiento del total de las actividades programadas. 18. Las fallas reiterativas en la calidad de los productos serán causales de terminación contractual. 19. El contratista velará por la custodia, manejo y cuidado de los equipos y elementos entregados. 20. Organización del archivo Y/o de la custodia de los documentos generados en la operación del PSPIC. 21. Otras actividades inherentes al objeto contractual que el supervisor requiera.

Se expide a solicitud del interesado, a los (14) días del mes de febrero de 2022


YUDY HERNANDEZ ARCINIEGAS
Asesora Jurídica
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas

Proyecto: Johanna Castañeda

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
email: hmgysocha@yahoo.com - hsoacha@cundinamarca.gov.co
PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha -Cundinamarca-

CUNDINAMARCA
REGION
Que Progresa!
EN SALUD



@HMGYSocha



@HMGYSocha



@hmgysocha



<http://www.hmgys.gov.co/>



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency

LA SUSCRITA COORDINADORA DE CONTRATACIONES DE LA ORGANIZACION INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM)

CERTIFICA QUE:

El (la) señor (a) **LUZ EDITH MORENO ROJAS**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.102.669 de BOGOTÁ, presta(o) sus servicios en esta Organización en calidad de Contratista Independiente a través de la suscripción del Contrato de prestación de servicios PS-20927; inició actividades el 08 de abril, de 2019 y finaliza(o) las mismas el 30 de agosto, de 2019.

El objeto del presente contrato es el descrito en los Términos de referencia para lo cual deberán remitirse al documento firmado entre las partes ANEXO Contrato.

El anterior Contrato se firmó por Honorarios Mensuales de UN MILLON SEISCIENTOS MIL PESOS M/L (\$1.600.000.00), por el periodo mencionado.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a), en la ciudad de Bogotá, esta hace las veces de Acta de Liquidación por lo tanto su vigencia es indefinida.

Nota: la presente certificación se expide de manera virtual en atención del aislamiento obligatorio decretado por el Gobierno Nacional bajo el Decreto 749 de 2020, en caso de requerir confirmación de los datos aquí consignados por favor contactar a la Unidad de Contrataciones a través del correo electrónico IOMBogotaContrataciones@iom.int

ELIZABETH CARVAJAL
Coordinadora de Contrataciones
Misión OIM-Colombia

Elabora: UC

OIM COLOMBIA:

Carrera 14 No 93B-46 • Bogotá • Colombia
Tel: +571.6.39.77.77 • Fax: +571.6.22.34.17 • E-mail: lobogota@iom.int • Internet: www.iom.org.co
Redes sociales: @OIM_Colombia OIM Colombia OIM_Colombia



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE CONTRATACIONES DE LA
ORGANIZACION INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM)**

CERTIFICA QUE:

El (la) señor (a) **LUZ EDITH MORENO ROJAS**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.102.669 de BOGOTÁ, presta(o) sus servicios en esta Organización en calidad de Contratista Independiente a través de la suscripción del Contrato de prestación de servicios PS-21849; inició actividades el 12 de septiembre, de 2019 y finaliza(o) las mismas el 14 de junio, de 2020.

El objeto del presente contrato es el descrito en los Términos de referencia para lo cual deberán remitirse al documento firmado entre las partes ANEXO Contrato.

El anterior Contrato se firmó por Honorarios Mensuales de DOS MILLONES DE PESOS M/L (\$2.000.000.00), por el periodo mencionado.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a), en la ciudad de Bogotá, esta hace las veces de Acta de Liquidación por lo tanto su vigencia es indefinida.

Nota: la presente certificación se expide de manera virtual en atención del aislamiento obligatorio decretado por el Gobierno Nacional bajo el Decreto 749 de 2020, en caso de requerir confirmación de los datos aquí consignados por favor contactar a la Unidad de Contrataciones a través del correo electrónico IOMBogotaContrataciones@iom.int

ELIZABETH CARVAJAL
Coordinadora de Contrataciones
Misión OIM-Colombia

Elabora: UC

OIM COLOMBIA:

Carrera 14 No 93B-46 • Bogotá • Colombia
Tel: +571.6.39.77.77 • Fax: +571.6.22.34.17 • E-mail: iombogota@iom.int • Internet: www.oim.org.co
Redes sociales: @OIM_Colombia OIM Colombia OIM Colombia

**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE JARAMILLO PEREZ Y CONSULTORES
ASOCIADOS S.A.S
NIT. N° 830041027-5**

CERTIFICA:

Que la Señora **LUZ EDITH MORENO ROJAS**, persona natural, identificada civilmente con la cédula de ciudadanía número **52.026.669 de Bogotá**, presta sus servicios a la Firma, mediante Contrato de Prestación de Servicios N° **JPC-SED- 020 -2018**, cuyo objeto es "Llevar a cabo la toma de peso y talla a los niños, niñas y adolescentes matriculados en los grados de primera infancia (jardín, transición) y jornada nocturna de las Instituciones educativas distritales, como estrategia de seguimiento y evaluación al Programa de Alimentación Escolar del Distrito Capital. Como **AUXILIAR DE ENFERMERIA - PERSONAL DE CAMPO**, formando parte del Equipo de Trabajo para el desarrollo del contrato N° **530017 de 2018** celebrado entre la Secretaría de educación del distrito de la alcaldía mayor de Bogotá y nuestra firma", durante el periodo comprendido entre el 01 de octubre y a la fecha, cumpliendo las siguientes funciones:

1. Apoyar la entrega y recolección de los consentimientos informados en las instituciones educativas
2. Realizar la medición del peso, talla de los niños y niñas de jardín y transición y adolescentes y adultos de nocturna. A éstos últimos también se les tomará la circunferencia de cintura.
3. Diligenciar la planilla de captura de datos en su totalidad y verificar los datos ya preestablecidos en la misma con los adolescentes y adultos de la nocturna.
4. Diligenciar la planilla de captura de datos de gestantes en su totalidad.
5. Entregar las planillas en papel al profesional del área de la salud que los coordina.
6. Digitar diariamente en el aplicativo creado para la captura de datos todos los campos requeridos por dicho aplicativo, y corregir los datos de los adolescentes y adultos que se encuentren equivocados dentro del aplicativo. En caso de encontrar errores en los niños y niñas de transición y jardín también deberá realizarse la corrección dentro de la planilla y aplicativo.
7. Informar diariamente al profesional del área de la salud que coordina las actividades en la zona, las eventualidades dentro del colegio que impidan o lleven al trabajo lento dentro del mismo.
8. Informar al profesional del área de la salud las situaciones individuales que impidan o entorpezcan la labor para la que ha sido contratado.
9. Llegar puntualmente al sitio programado para la captura de datos y tener en cuenta que una vez terminada la captura de datos en el sitio inicial será necesario el desplazamiento a otros colegios para continuar con la captura. Para ello deberán seguir la programación recibida del profesional del área de la

salud e informar los cambios ajenos a la voluntad del auxiliar de campo, que pudiesen presentarse en dicha programación.

10. Apoyar al profesional del área de la salud en la aplicación del formato sondeo del cumplimiento del artículo 2 del acuerdo 614 de 2015 aplicado al profesor de educación física de cada jornada y sede del colegio.

11. Asistir a la capacitación programada sobre instrumentos, técnica para la toma de peso, talla y circunferencia de cintura, diligenciamiento de planillas de captura de datos, sondeo de la aplicación del artículo 2 del acuerdo 614 de 2015, utilización del aplicativo web para el registro de datos, entre otros.

12. Velar por el buen manejo, cuidado y almacenamiento de los equipos de medición asignados.

13. Informar con ocho días de antelación sobre citas médicas u otros que afecten el normal desarrollo del operativo de campo.

14. Diligenciar acta de imposibilidad de captura de medidas antropométricas firmado por el rector, coordinador u otro funcionario del colegio en caso de ser necesario, e informar al profesional del área de la salud que coordina al auxiliar de campo.

15. Informar al profesional del área de la salud la sospecha de casos de desnutrición aguda severa.

16. Asistir a las reuniones programadas por la coordinación del proyecto.

17. Las demás asignadas para dar cumplimiento al objeto del contrato.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los trece (13) días del mes de noviembre de 2018.



SONIA CUERO MURILLO
CC 21.238.334 de Villavicencio
Representante Legal

SOACHA, 11 de marzo de 2019

A quien interese:

Se certifica que la señora Luz Edith Moreno Rojas identificada con C.C_52102669 de Bogotá, laboró como Auxiliar de Enfermería en la Empresa de salud ESE de Soacha con NIT: 832001794-2 desde el 01/02/2017 hasta el 28/02/2019 desempeñándose como auxiliar de enfermería y con las siguientes funciones a cargo:

- Prestar sus servicios profesionales como auxiliar de enfermería para ejecutar actividades para la implementación de actividades de promoción de la salud dentro de la estrategia cuadrantes saludables de la Secretaría de Salud del Municipio de Soacha
- Toma de medidas antropométricas (peso, talla, perímetro braquial, perímetro cefálico) a niños y niñas.
- Realizar el proceso de caracterización e identificación de las familias en los diferentes cursos de vida, teniendo como prioridades los menores de 5 años y las mujeres gestantes.
- Realizar abordaje a las familias y sus viviendas en la asesoría integral en casa para establecer el perfil de riesgo y definir plan de familiar.
- Participar en las jornadas y realizar seguimiento al esquema de vacunación según PAI.
- Desarrollar asesoría familiar integral desde el enfoque de riesgo, por curso de vida, situación o condición diferencial y población con vulnerabilidad en respuesta a las necesidades del individuo, la familia, vivienda y entorno en los cuadrantes saludables.
- Realizar seguimiento a las prioridades menor de cinco años de acuerdo a lo descrito en el lineamiento técnico asistencia a control de crecimiento y desarrollo y cumplimiento del esquema de vacunación.
- Realizar actividades de Promoción y prevención según el lineamiento técnico dado por la Secretaría de Salud de Soacha por curso de vida y según la ruta de promoción y mantenimiento.
- Toma de medidas antropométricas (peso, talla, perímetro braquial, perímetro cefálico) a niños y niñas.

La persona en mención desarrollo y cumplió sus actividades a cabalidad durante el periodo laborado, destacándose por su alto rendimiento y compromiso con la entidad. Agradezco la atención prestada y quedo atenta a la verificación de la certificación emitida.

Felicia Cervantes Terán.

Cel.: 300 6303686

REFERENTE OPERATIVA ESTRATEGIA CUADRANTES SALUDABLES. EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA.

UTC -5 18:21:18

LUZ EDITH MORENO...

Aumentar el contraste

Configuraciones del usuario

LUZ EDITH MORENO
ROJAS
CAT: 0300910

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

22 Jul, 2022(UTC -5) 18:21:18

Ayuda

Salir

Estado Tipo de entidad Fecha de firma Fecha de finalización Facturación de la entidad Valor total de la oferta Estado

Entidad Estatal 26/11/2018 8:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito 31/12/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito 1.882.294 COP Terminado

LUZ EDITH MORENO
ROJAS

VER

HERRAMIENTAS

Últimas modificaciones

Todos

Esperando aprobación

Firmado

Firmado y enviado a la Entidad Estatal

Suspendidos

Cancelados

Cerrados

Firmados y Terminados anormalmente