

**MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ**
CC 52.465.278 de Bogotá
Cra 3 Este 19B 34 Soacha Juan Pablo II
Cel: 3203160006
E-mail: mofloal79@hotmail.com

## PERFIL LABORAL

Técnico laboral en auxiliar de Enfermería con experiencia en el sector administrativo, Recepción de información, Validación y verificación de documentos, Servicio al cliente, Manejo básico de herramientas informáticas, Charlas de promoción y prevención de enfermedades y Elaboración de informes. Trabajo en equipo, Manejo de relaciones interpersonales, Recursividad y organización.

## EXPERIENCIA LABORAL

| | |
|---|---|
| 2022 | **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**<br>SOACHA CIUDAD SALUDABLE |
| 2021 | **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**<br>CONCURRENCIA HIPERTENSION Y DIABETES |
| 2019 | **EMPRESA DE SALUD E.S.E DEL MUNICIPIO SOACHA**<br>PIC CUADRNTES SALUDABLES |
| 2017 | **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**<br>PIC CUADRANTES SALUDABLES |
| 2009 | **EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA**<br>PIC CUADRANTES SALUDABLES |
| 2008 | **IDIME – INSTITUTO DIAGNOSTICO MEDICO**<br>ATENCION AL USUARIO |
| 2006 | **SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA**<br>PLAN DE SALUD MUNICIPAL |
| 2005 | **SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA**<br>PAB PLAN DE ATENCION BASICA |

## FORMACIÓN ACÁDEMICA

| | |
|---|---|
| 2019 | **ACTUALIZACION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)**<br>SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA |
| 2019 | **SEMINARIO DE ACTUALIZACION EN MATERNIDAD SEGURA**<br>SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA |
| 2018 | **RUTA DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL**<br>ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA |
| 2017 | **TALLER ACTUALIZACION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)**<br>SECRETARIA SALUD CUNDINAMARCA |
| 2006 | **ESTRATEGIA IDENTIFICACION RIESGO AMBITO FAMILIAR**<br>FUNDACION JOSE VICENTE CARO |
| 2005 | **ACTUALIZACION TEMAS LACTANCIA MATERNA**<br>SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA |

# FORMACIÓN ACÁDEMICA

| | |
|---|---|
| 2006 | **ACTUALIZACION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)**<br>SENA |
| 2006 | **DEBERES Y DERECHOS EN SALUD**<br>SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA |
| 2005 | **TALLER CUIDADORES**<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN RAFAEL |
| 2005 | **TALLER DE DETECCION PRECOZ EN CASOS DE LEPRA Y TUBERCULOSIS**<br>SANATORIO AGUA DE DIOS E.S.E |
| 2005 | **TERAPIA RESPIRATORIA**<br>ESCUELA DE SALUD FUSDESA |
| 2002 | **LABORATORIO CLINICO**<br>ESCUELA DE SALUD FUSDESA |
| 2002 | **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**<br>CENTRO VOCACIONAL DE SALUD |

***Referencias y certificaciones a solicitud del interesado.***

Firma:



**MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ**
**CC 52.465.278 Bogotá**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.465.278

FLOREZ ALVAREZ
APELLIDOS

MONICA ADRIANA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

09-JUL-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALVARO TRUJILLO LOPEZ

A-1500116-45149015-F-0052465278-20060705 03699 06185N 02 201766250

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 201404071

WEB
07:55:01


Bogotá DC, 26 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) MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52465278:

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)

**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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento 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.**

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 lunes 25 de julio de 2022, a las 16:15:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 52465278 |
| Código de Verificación | 52465278220725161547 |

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

Digitó y Revisó: WEB

GUARDIANES
de tus DERECHOS
Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB**
**No. 7008490**

**Bogotá D.C., 25 de Julio de 2022 - 16:18 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) **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO** de BOGOTA D.C.

**52465278**

**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

Certificado generado por el sitio web: www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.



**Código de verificación: 7_3BPJT_1816. Link de verificación: https://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 25/07/2022 05:21:06 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52465278** y Nombre: **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ.**

## 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. **37823518** . 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 Busqueda | 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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 04:19:16 PM horas del 25/07/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52465278**
Apellidos y Nombres: **FLOREZ ALVAREZ MONICA ADRIANA**

**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.

DIJIN

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-atc@policia.gov.co

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14695210958

(415)7707212489984(8020) 000001469521095 8

| Número de identificación tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 2 4 6 5 2 7 8 | 5 | 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 4 6 5 2 7 8 | 1 9 9 7 0 7 0 9 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FLOREZ | ALVAREZ | MONICA | ADRIANA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| OMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Soacha 7 5 4 |

41. Dirección principal: CR 3 ESTE 19 B 34

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| mofloa 79@hotmail.com | | 3 2 0 3 1 6 0 0 0 6 | |

## CLASIFICACIÓN

### 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 9 9 | 2 0 1 5 0 6 2 1 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

54. Código

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2022 - 06 - 24 / 11 : 22: 32

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: FLOREZ ALVAREZ MONICA ADRIANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

## SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

| FECHA: | 11 DE JULIO DE 2022 | CIUDAD: | BOGOTA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
|---|---|---|---|---|---|

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la 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 OFS | X | SERVIDOR PUBLICO | | OTRO | | CUAL: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| FLÓREZ | ÁLVAREZ | MÓNICA | ADRIANA |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad, Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C. | NUIP | 52.465.278 | BOGOTÁ | 1997-07-09 |
| PASAPORTE | | OTRO | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 02 DE JULIO DE 1997 | BOGOTÁ | COLOMBIA | COLOMBIANA |

| ESTADO CIVIL | | | | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) | | CASADO(A) | | DIVORCIADO(A) | | UNION LIBRE X | VIUDO(A) | 3 | 2 | 3203160006 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER | | POSGRADO | | UNIVERSITARIO | | BACHILLER | PRIMARIA | TECNICO X | TECNOLOGO | OTRO | CUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA | CONTRATISTA |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CARRERA 3 ESTE # 19B-34 | SOACHA | CUNDINAMRCA | COLOMBOA | 0 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| mofloal79@hotmail.com | | PROPIA | FAMILIAR | ARRENDAD x |

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

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| RAMIREZ | GARCIA | JHONN | JAIME |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C | NUIP | 79.984.719 | BOGOTÁ | 1996-11-21 | |
| PASAPORTE | | OTRO | CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI X NO | NACIONALIDAD | COLOMBIANO |

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | | | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | | IVA | SI | NO X | 8699 | |
| | NO X | | ICA | SI | NO X | PRINCIPAL: | SECUNDARIA: |

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

| FUNCIONARIO PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|
| SI NO X | NO X | ESE Región de Salud Soacha | |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | | | | # NIT | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GOBIERNO | COMERCIAL | SERVICIOS | SALUD X | | | | | | | 800006850-3 |
| EXPORTACIONES | AGRICOLA | ENERGETICA | FINANCIERA | TRANSPORTE | TECNOLOGIA | ALIMENTOS | MEDICAMENTOS | | | |
| OTRA | CUAL | | | | | | | | | |

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA | **FORMATO SARLAFT** | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

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 Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
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 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 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 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 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 accederé 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) Envio de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo

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

**3.** USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a. a) Las personas juridicas 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 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 havan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS 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 compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) 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 AUTORIZACIÓN: 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 HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

MONICA FLOREZ

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Índice Derecho**

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ identificado(a) con CC 52465278 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 12/12/2013 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | CAFAM SOACHA |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 27 días del mes junio del 2022.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.465.278**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 27 de Junio del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| FLOREZ | ALVAREZ | MONICA ADRIANA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 52465278 | SEXO: F ⊗ M ○ | NACIONALIDAD: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA: DIA 02 MES 07 AÑO 1979

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIO: BOGOTA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CARRERA 3 E 19 B 34 CASA JUAN PABLO 2

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

TELÉFONO: _____ EMAIL: mofloal79@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2000 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**ES** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 3 | X | | | 06 | 2000 | 52465278 |

ESPECÍFIQUE 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 |
| | | | | | | | | | |

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*<br>ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7293922 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 09 | *Mes* | 08 | *Año* 2021 | *Día* | 28 | *Mes* | 08 | *Año* | 2021 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>PIC | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 2 12 38 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESEMUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7293922 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 06 | *Año* 2021 | *Día* | 29 | *Mes* | 07 | *Año* | 2021 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>PIC | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 2 12 38 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESEMUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7293922 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 27 | *Mes* | 04 | *Año* 2021 | *Día* | 31 | *Mes* | 05 | *Año* | 2021 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>PIC | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 2 12 38 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7293922 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 03 | *Año* 2020 | *Día* | 30 | *Mes* | 12 | *Año* | 2020 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>PIC | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 2 12 38 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA DE SALUD E.S.E DEL MUNICIPIO DE SOACHA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7293922 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 03 | *Año* 2019 | *Día* | 29 | *Mes* | 12 | *Año* | 2019 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>PIC | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 2 12 38 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7309230 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 14 | *Mes* | 11 | *Año* | 2017 | *Día* | 30 | *Mes* | 12 | *Año* | 2018 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>PIC | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 13 10 48 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>IDIME S.A | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3077171 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 09 | *Mes* | 12 | *Año* | 2008 | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2009 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>ATENCION AL USUARIO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 76 13 46 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7305500 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 12 | *Mes* | 05 | *Año* | 2008 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2008 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>VACUNACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 13 7 30 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7305500 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2005 | *Día* | 26 | *Mes* | 12 | *Año* | 2006 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>PLAN DE ATENCION BASICA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 13 7 30 | | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 5 | 2 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 5 | 9 |

## 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 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

MONICA FLOREZ

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* *03 de Julio de 2022* Soacha

## 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, MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 52465278 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 3 E 19 B 34 CASA JUAN PABLO 2 TELÉFONO: 3203160006 9013650

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Miguel Alejandro Montoya Flórez | 1022423914 | HIJO(A) |
| Gabriela Ramírez Flórez | 1142115050 | 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 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 |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $1.900.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0 |
| TOTAL | $1.900.000 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| BANCO CAJA SOCIAL | CUENTA DE AHORROS | 24089481312 | SOACHA PARQUE | 100.000 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL TORCOROMA | EDUCACION | 10.000 |

### 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° |
|---|---|---|
| Jhonn Jaime Ramírez García | C.C. **X** C.E. T.I. | 79984719 |

## 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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

MONICA FLOREZ

CIUDAD Y FECHA

03 DE JULIO DE 2022 Soacha

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA**
**LINEA GRATUITA DE ATENCION 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, 1 1 de JULIO de 2022

## NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ÁLVAREZ, identificado(a) con cedula No. 52465278 de BOGOTÁ, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: AUXILIAR DE ENFERMERIA, 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,

Monica Florez

_____

C.C.
52.465.278 DE BOGOTÁ.

| 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 Julio de 2022**

Señores,
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**
**E. S. M.**

Yo MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ÁLAVREZ, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 52.465.278 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,

Monica Florez

MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ALVAREZ
C.C. No. 52.465.278 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: SURA**

## DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ÁLVAREZ

N° Documento: C.C 52.465.278

Fecha de Nacimiento: 2 DE JULIO DE 1979

Dirección: KR 3 ESTE # 19B-34

Teléfono. Fijo – Celular: 3203160006

E-mail: mofloal79@hotamil.com

EPS: FAMISANAR

AFP: PORVENIR

Firma Contratista: MONICA FLOREZ

.....

## 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.**

AXA COLPATRIA

## INGRESO INDEPENDIENTE

### DATOS DE LA EMPRESA

| | |
|---|---|
| **Tipo de Identificación:** | NIT |
| **Número de documento:** | 800006850 |
| **Número Afiliación:** | 215221 |
| **Razón social:** | HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E |

### DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| | |
|---|---|
| **Tipo de documento:** | C.C. |
| **Número de documento:** | 52465278 |
| **Nombre:** | MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ |
| **Fecha Inicio contrato:** | 25/07/2022 |
| **Fecha Fin contrato:** | 31/10/2022 |
| **Fecha Inicio cobertura:** | 25/07/2022 |
| **Número contrato:** | 09413 |
| **Nit empresa en misión:** | 0 |
| **Código Sucursal** | SUCURSAL 3 |
| **Centro de trabajo** | CTRAB 003 |
| **Fecha hora transacción:** | 22/7/2022 3:19:48 PM |

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | 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:

**CENTRO VOCACIONAL DE SALUD**

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ÁLAVREZ 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 Articulo 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 LABORAL DE AUXILIAR DE ENFERMERIA**

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Monica Florez _____

N° Documento: 52.465.278 DE BOGOTÁ _____

Tarjeta Profesional: N° 52465278_____

Dirección de contacto: KR 3 ESTE # 19B-34_____

Teléfono: 3203160006 _____

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

Yo, MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ÁLVAREZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 52.465.278, expedida en BOGOTÁ, 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 especificarlas 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 pudiere 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

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

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:<br>• DATADOC<br>• SIVIGILA<br>• SIVISALA<br>• MANGO<br>• PAI WEB<br>• DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA<br>• PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES | X<br><br>X |
| 3 | FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS | |
| 4 | HISTORIAS CLÍNICAS | |
| 5 | BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO | |
| 6 | INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL | X |

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

## Certificado de vacunación

Nombres: Monica Adriana

Apellidos: Florez Alvarez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cual

No. 52465278

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 07 Año 1979

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 04-03-21 | Pfizer | EN1195<br>30-06-21 | UMHE Faitibón | Claudia Mohecha | 52'960.206 de Bta |
| | 2 | 25-03 2021 | PFIZER | EN1105<br>30.6.21 | UTHE Fontibon | Angelica Enciso | 52159230 Bogotá |
| | | 25 NOV 2021 | Moderna | ORDUNA | USS Kennedy | paula Santamaria | 1195235370 |

## ESQUEMA ANTIRRABICO

| | Nº DOSIS | Nº DIA | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| POST-EXPOSICION | 1ª | 0 | | |
| | 2ª | 3 | | |
| | 3ª | 7 | | |
| | 4ª | 14 | | |
| | 5ª | 28 | | |
| RRE-EXPOSICION | 1ª | 0 | | |
| | 2ª | 7 | | |
| | 3ª | 28 | | |
| | Refuerzo | 1 afio | | |
| | Refuerzo | 3 afios | | |

| OTRAS | | |
|---|---|---|
| | Prueba de Tuberculina | 1ª Dosis |
| | | 2ª Dosis |
| | | 3ª Dosis |
| | Gamaglobulina | |
| | Suero Antiofídico | |
| | Suero Antirrábico | |

Anotaciones Especiales:

# Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.
S. A. M. U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

## CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Monica Florez.

FECHA DE NACIMIENTO 02.07.79 SEXO F

TELEFONO 3203160006

Sv-004

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| POLIO | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| D.P.T. | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| 9 m> | Sarampión | | |
| TRIVIRAL | Paperas | | |
| | Rubeola | | |
| | Sarampión | | |
| | Refuerzo | | |
| HAEMOPHILUS INFLUENZAE | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| ANTI HEPATITIS "B" | 1ª Dosis | 28 SEP 2005 | CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACION 2005 0581 CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACION |
| | 2ª Dosis | 28 OCT 2005 | |
| | 3ª Dosis | 17 DIC 2005 | YOLANDA C. |
| | Refuerzo | 12. DIC - 2006 | REFUERZO FOBU. |

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| T.D. | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| TETANO | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Válida por 10 años) | | | |
| FIEBRE TIFOIDEA | | | |
| Neumococo Conjugado | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| | 3ª | | |
| | 4ª | | |
| Neumo. Polisacárido | 1ª | | |
| | Refuerzo | | |
| Hepatitis A | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| Varicela | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| Influenza (Gripe) | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| | 3ª | | |

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

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Monica Adriana

Apellidos: Flores Alvarez

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 52465278

Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 07 Año 1979

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 06 NOV. 2014 | 024B20110 ABA | |
| | 2 | 06 DIC. 2014 | 024B20110 ABA | |
| | 3 | 10.07.15 | 024B20311 OD ABA1 | |
| | 4 | 27-01-17 | 02288 | |
| | 5 | 24/06/20 | 233BY00919E7 12M20. | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | UNICA | 22.04.17 | 167FUC030Z | YENNY BELTRAN |
| Contra Influenza | UNICA | 27-04-19 | T3B841V | ANGELA |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| Dpt @ | 17 MAR 2015 | | boostrix™ LOT/EXP: AC37B155AA 09-2018 | Grani Ang |

MEDICENTRAL
TEST

MEDICENTRAL TEST S.A.S
NIT: 901498269-1

## ANTICUERPOS CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B

**NOMBRE:** MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ
**DOCUMENTO:** CC 52465278
**EDAD:** 42 AÑOS
**GENERO:** FEMENINO
**FECHA NACIEMIENTO:** 02/07/1979
**SERVICIO:** PARTICULAR
**TELEFONO:** 3203160006

**FECHA Y HORA DE INGRESO:** 01//07/2022 8:37:25

**EXÁMEN:** HEPATITIS B AC HBS – ANTI HBS

**UNIDADES:** 101.4 IU/L
**VALIDACION:** 01/07/2022 09:42:34
**NO REACTIVO**: Menor a 10 IU/L
**REACTVO**: Mayor o igual a 10 IU/L

**CONTROL VACUNACIÓN**
Menor o igual a 10 Revacunación
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de inmunidad

**MÉTODO:** Electroquimioluminiscencia

**Giovanni M García R.M. 12440**

**Fecha de entrega:** 02/07/2022

# Dr ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional
EVALUACION OCUPACIONAL RSSC: 2575453266
Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12700 DE 01/11/2017
**Consecutivo: 286**



***Nombre:*** MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ

***Identificacion:*** CC 52465278

***Empresa:*** A QUIEN INTERESE

***Cargo a desempeñar*** AUXILIAR DE ENFERMERIA

***Edad:*** 41 Año(s), 8 Mes(es) y 6 Día(s) Fecha nacimiento: 02/07/1979

***Examen:*** INGRESO Fecha: Lunes 8 de Marzo de 2021

## Concepto de aptitud

| | |
|---|---|
| *Concepto de Aptitud:* | *APTA(O):Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de:* *AUXILIAR DE ENFERMERIA* |
| *Tipo de cargo:* | *OPERATIVO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR* |
| *Apoyo diagnóstico:* | *Agudeza visual* |

*RECOMENDACIONES*

1. *Pausas activas/utilizar elementos de protección personal/Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral.*
2. *Uso de protección solar.*
3. *Uso de medias de soporte elastico.*
4. *P.V.E Riesgo Biologico*

**ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS NI ESPACIOS CONFINADOS.**

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (art 4). RES 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO.

**VER ANEXO VALORACION OSTEOMUSCULAR AL RESPALDO**

Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ
Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017

Monica F Lopez
FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 52.465.278 BTA

Este es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación al Teléfono: 7122345 con N° Consecutivo. Custodia HC Ocupacional Cra. 6 # 13B-15 Soacha- Centro

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

# Centro Vocacional de Salui

## Programa de Auxiliares de Enfermería

Aprobado por la Secretaría de Educación no Formal, según Resolución No. 1998 de Julio de 1.995 y Acuerdo 06 de Julio de 1994 del Ministerio de Salud

Confiere a:

# Monica Adriana Florez Albarez

C.C. No. 52'465.278 de Santafé de Bogotá

## Certificado Técnico Laboral de

# Auxiliar de Enfermería

Intensidad Horaria Total: 1.840 horas

Directora del Centro

Secretaria

# CENTRO VOCACIONAL DE SALUD
## AUXILIARES DE ENFERMERIA

*Acuerdo 006 Julio /94 Minsalud - Res. No. 1998 Julio/95 Secretaria de Educación*

**EL CONSEJO DE DIRECCION DEL CENTRO VOCACIONAL DE SALUD**
**PROGRAMA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA**
**EN SU SESION DEL DIA 31 DE MAYO DEL 2002 ACTA Nº 18**
**CONSIDERANDO QUE :**

# Monica Adriana Florez Alvarez

C.C. No. 52'465.278 de Santafé de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por el reglamento tanto teóricos como prácticos, le confiere en nombre de la República de Colombia y por autorización de la Secretaria de Educación no Formal el Certificado Técnico Laboral de:

# AUXILIAR DE ENFERMERIA

Y Le Hizo Entrega el Día 21 del Mes de Junio del 2002

En testimonio de lo anterior se firma la presente acta de certificación en la ciudad de Santa fe de Bogotá a los 21 días del mes de Junio del 2002

Lic. EXSA LILIA DE HERNANDEZ
Directora

ALEJANDRA RUIZ SALINAS.
Secretaria

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

**RESOLUCION No. 28 3063 DE 2005**

( 21 JUL. 2005 )

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud"

**EL SECRETARIO DE SALUD**

en uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución 8211 de 15 de julio de 1989, Decreto No.1875 de 1994 y 1352 de 2000, emanadas del Ministerio de Salud, y

**CONSIDERANDO**

Que **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No.52.465.278 de Santafé de Bogotá, D.C.,** ha solicitado Inscripción para ejercer como **TECNICO LABORAL DE AUXILIAR DE ENFERMERIA, en el Departamento de Cundinamarca,** título que le otorgó **EL CENTRO VOCACIONAL DE SALUD, SANTAFE DE BOGOTA, D.C., SEGÚN ACTA No.18, DE FECHA 21 DE JUNIO DE 2002.**

Que **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ,** se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** a Nivel Nacional, mediante Resolución **No.7357, DE FECHA 20 DE AGOSTO DE 2002, EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

**RESUELVE :**

**ARTICULO PRIMERO.-** Inscríbase a **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No.52.465.278 de Santafé de Bogotá, D.C.,** para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** en el Departamento de Cundinamarca.

**ARTICULO SEGUNDO.-** Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el código Contencioso Administrativo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**
Dada en Bogotá, D. C. a los 21 JUL. 2005

**NESTOR AGUDELO VALENCIA**
Secretario de Salud

Vo.Bo.Dra.María Isabel Serrano Rangel./ Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos
Patricia Yepes W.

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2022-06-27—10:47:34 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52465278 | MONICA | ADRIANA | FLOREZ | ALVAREZ | Vigente | Ver |

**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) MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ identificado(a) con CC 52465278 registra La siguiente información:**

**2022-06-27—10:47:34 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar de enfermería | 2002-08-20 | 7357 | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |

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

HUMANAR
corporación educativa

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE LA

# CORPORACION EDUCATIVA HUMANAR

Personería Jurídica 331 de Junio 25 de 1992 - Resolución 974 de Mayo 8 de 1995

## EDUCACIÓN CONTINUADA

Otorga la presente Constancia de Asistencia a:

## Monica Adriana Florez Alvarez

C.C . 52.465.278 de Bogotá

Quién culminó satisfactoriamente el Curso de:

## CODIGO BLANCO

## ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

I.H. 40 Horas

En de lo anterior se firma la presente constancia en Bogotá D.C. a los tres (03) días del mes de Marzo de 2020

Dirección

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

## CERTIFICA QUE:

*monica adriana florez alvarez*

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

**JORGE HERNANDEZ**
CAPACITADOR

**DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO**
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 4, 2022

CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

Gobernación de Cundinamarca

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

## CERTIFICA QUE:

*monica adriana florez alvarez*

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,82

**QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA**
REFERENTE TALENTO HUMANO

**DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO**
GERENTE

Fecha de Emisión:febrero 22, 2022

CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

Gobernación de Cundinamarca

*D.R.H. 663*

*Soacha, 3 de octubre de 2017*

*LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE RECURSOS HUMANOS (C.)*

*C E R T I F I C A:*

*Que, la señora MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ÁLVAREZ, identificada con cédula de ciudadanía 52.465.278, realizó actividades en la Administración Municipal, como se relaciona seguidamente:*

⇒ *PROMOTOR DE SALUD EN EL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA (PAB)*

- ✓ *Contrato de Prestación de Servicios 116, del 1 de julio al 30 de diciembre de 2005*
- ✓ *Orden de Prestación de Servicios 036, del 27 de enero al 26 de diciembre de 2006*

*Se expide a instancias de la solicitud de la interesada, radicada el dos (2) de octubre de dos mil diecisiete (2017), con destino a trámites de carácter personal.*

*LIDA MARITZA CANTOR NOGUERA*

*ELABORÓ: MARTHA LOZANO / TÉCNICO (E.)*

2. Contrato de Prestacion de Servicios **Nº 488** de fecha Treinta y Uno (31) de julio de 2008.

**Objeto:** *"PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EJECUTANDO LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL ROL DE SU OFICIO QUE SE REQUIERAN EN EL PROYECTO GESTÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN NACIOONAL DE SALUD PÚBLICA DEL PLAN DE INTERVENCION COLECTIVA 2008 DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA.*

**Valor Contratado:** Cuatro Millones Quinientos Mil Pesos M/Cte. *($4'500.000.00).*

**Plazo de Ejecución:** Cinco (05) Meses.

**Fecha de Iniciación:** Primero (01) de Agosto de 2008.

**Fecha de Terminación:** Veinta y Uno (31) de Diciembre de 2008.

**Obligaciones Especificas:** 1. Apoyar las jornadas de vacunación extramural casa a casa y por concertación con rotación de puntos móviles. 2. Apoyar las jornadas y eventos generales de vacunación. 3. Apoyar el manejo de la red de frio, la distribución y supervisión de terreno y el manejo del sistema de información. 4. Apoyar en la implementación de estrategias de seguimiento, control y evaluación de coberturas mensuales. 5. Apoyar en la capacitación y actualización del talento humano de las IPS públicas y privadas responsables del PAI municipal. 6. Apoyar y participar en reuniones con prestadores, aseguradores, autoridades locales sector comunitario, etc. para la Implementación de estrategias para el logro de coberturas útiles de vacunación. 7. Participar en la elaboración e implementación de estrategias de información y comunicación relacionadas con el PAI y realizar actividades de seguimiento y control. 8. Vacunar domiciliariamente los esquemas mensuales individuales que como meta establezca la Dirección de Salud Pública. 9. Realizar visitas de vigilancia epidemiológica de acuerdo a la demanda semanal. 10. Realizar todas las actividades necesarias para el cumplimiento del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC 2008).

La anterior certificación se expide a solicitud del interesado, a los Veintisiete (27) días del mes de Octubre de 2017.

**MAGDA JOHANA CÓRDOBA CUÁRAN**
Jefe Oficina Asesora Jurídica

*La anterior información fue tomada de la Carpeta Contractual Original que reposa en el archivo de esta Oficina*
Elebore y Proyecto: Carlos Lora - Profesional Universitario OAJ

SOACHA
Juntos Formando Ciudad

COAJ - 612

**LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA**

**CERTIFICA**

Que, revisado el archivo de la Oficina Asesora Jurídica de la Alcaldía Municipal de Soacha, con Nit. 800.094.755-7, se verificó que él (la) Señor (a) **MÓNICA ADRIANA FLORES ÁLVAREZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 52.465.278 expedida en Bogotá. Suscribió los siguientes contratos:

1. Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo **Nº 253** de fecha Doce (12) de Mayo de 2008.

**Objeto:** *"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO LA GESTIÓN MISIONAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, EJECUTANDO LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL ROL DE SU PROFESIÓN, QUE SE REQUIERAN EN EL PROYECTO "REDUCCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES PREVALENTE DE LA INFANCIA Y LA MORTALIDAD INFANTIL" DEL PLAN DE SALUD MUNICIPAL VIGENCIA 2008, DE LA SECRETARÍA DE SALUD ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA".*

**Valor Contratado:** Un Millón Quinientos Mil Pesos M/Cte. *($1.500.000.00)*.

**Plazo de Ejecución:** Un (01) Mes y Veinte (20) días.

**Fecha de Iniciación:** Doce (12) de Mayo de 2008.

**Fecha de Terminación:** Treinta (30) de junio de 2008.

**Obligaciones Específicas:** 1. Apoyar la realización de vacunación extramural casa a casa y por concentración con rotación en puntos móviles. 2. Apoyar las jornadas y eventos generales de vacunación. 3. Apoyar el manejo de la red de frio, la distribución y supervisión de terreno y el manejo del sistema de información. 4. Apoyar en la implementación de las regalías de seguimiento, control y evaluación de coberturas mensuales. 5. Apoyar en la capacitación y actualización del talento humano de las IPS públicas y privadas responsables del PAI municipal. 6. Apoyar y participar en reuniones con prestadores, aseguradores, autoridades locales, sector comunitario, etc. Para la implementación de estrategias para el logro de coberturas útiles de vacunación. 7. Participar en la elaboración e implementación de estrategias de información y comunicación relacionadas con el PAI y realizar actividades de seguimiento y control. 8. Realizar todas las actividades necesarias para el cumplimiento del Plan Municipal de Salud Publica vigencia 2008.

# *LA GERENCIA DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO DEL*

# *INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO*

# *IDIME S.A.*

# *NIT. 800065396-2*

## *CERTIFICA QUE:*

El(a) señor(a) **FLÓREZ ÁLVAREZ MÓNICA ADRIANA**, identificado(a) con Cédula Ciudadanía No. 52465278, Laboró con nosotros desde el 09 de diciembre de 2008 hasta el 01 de agosto de 2009 con Contrato a Término **INDEFINIDO**; desempeñando el cargo de **AUXILIAR**, apoyando el área de **ATENCIÓN AL USUARIO**, con causal de retiro **VOLUNTARIO**.

En constancia se firma en Bogotá 29 de septiembre de 2017

Cordialmente,



Martha Isabel Diaz R.

**MARTHA ISABEL DIAZ RODRIGUEZ**
**Gerente Gestión de Talento Humano**

**LA GERENTE DE LA EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA, CON NIT No. 832.001.794-2**

**CERTIFICA**

Que revisado los documentos que obran en el archivo de la **EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA**, se encontró que **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ,** Identificada con cedula de ciudanía No. 52.465.278, ha suscrito con la entidad los siguientes contratos **DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS,** así:

- **CONTRATOS SUSCRITOS EN EL AÑO 2017**

| No CONTRATO | OBJETO | VALOR INICIAL CONTRATO | PLAZO DE EJECUCIÓN | FECHA INICIO | ADICIÓN | PRORROGA | VALOR TOTAL CONTRATO | FECHA DE TERMINACIÓN | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 082-17 | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DENTRO DE LA ESTRATEGIA CUADRANTES SALUDABLES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA; DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 976 DE 2018, CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA | $ 5.600.000 | 115 DÍAS | 02/01/2017 | $ 1.400.000 | 1 MES | $7.000.000 | 29/12/2017 | TERMINADO Y LIQUIDADO |

| No CONTRATO | OBJETO | VALOR INICIAL CONTRATO | PLAZO DE EJECUCIÓN | FECHA INICIO | ADICIÓN | PRORROGA | VALOR TOTAL CONTRATO | FECHA DE TERMINACIÓN | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 363-17 | PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DENTRO DE LA ESTRATEGIA CUADRANTE SALUDABLES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 976 DE 2016 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA DE SALUD E.S.E DEL MUNICIPIO DE SOACHA | $ 1.400.000 | 30 DÍAS | 01/06/2017 | 0 | 0 | $1.400.000 | 30/06/2017 | TERMINADO Y LIQUIDADO |

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Soacha, Cundinamarca a los veinte (20) días del mes de enero de 2020.

KARIN JOHANNA MENDOZA ESPITIA
Gerente
EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA

| | | |
|---|---|---|
| Vo.Bo | Katerin Gómez Olaya – Asesor Jurídico contrato 001 de 2020 Empresa de Salud E.S.E. del Municipio de Soacha | |
| Elaboró: | Edisson Steven Párraga Ardila- Profesional Jurídico OPS 001 de 2020. | |

O.C.590-2018

## LA OFICINA DE JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

## C E R T I F I C A

Que la señora, **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. **52.465.278**, ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

| CONTRATO No. | FECHA | CONTRATISTA | OBJETO | VALOR | ADICION EN VALOR | VALOR TOTAL CONTRATO | VIGENCIA CONTRATO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 906 | 14/11/2017 | MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ | PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICA AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTE SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA | 2.240.000,00 | | 2.240.000,00 | 14/11/2017 HASTA 31/12/2017 |
| 344 | 02/01/2018 | MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ | PRESTACION SERVICIOS COMO TÉCNICA AUXILIAR ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN L CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA SALUD SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS SOACHA. | 7.250.000,00 | 2.900.000,00 | 10.150.000,00 | 02/01/2018 HASTA 31/07/2018 |
| 1502 | 03/09/2018 | MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ | PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA | 5.800.000,00 | | 5.800.000,00 | 03/09/2018 HASTA 30/12/2018 |
| Los contratos suscritos se han ejecutado, con total autonomía y con solución de continuidad. | | | | | | | |

Se expide a solicitud del interesado, en Soacha a los Trece (13) días del mes de Noviembre de 2018.

**DIANA VILLANI LADINO**
**Asesora Jurídica**
**E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas**

**Proyecto: Leticia Vanegas García**

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

O.J. 171-2020

# LA OFICINA DE JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

## C E R T I F I C A

Que la señora, **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. **52.465.278,** ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

| CONTRATO No. | FECHA | CONTRATISTA | OBJETO | VALOR | ADICION EN VALOR | VALOR TOTAL CONTRATO | VIGENCIA CONTRATO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 528 | 01/04/2019 | MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ | PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMARIA PARA "APOYAR LA REALIZACION DE LAS ACCIONES ENMARCADAS EN LAS LINEAS DE ACCION DE PROMOCION DE SALUD Y GESTION DEL RIESGO EN SALUD DE DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN LOS MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA" A TRAVES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CONCURRENCIA ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA | 9.895.000,00 | | 9.895.000,00 | 01/04/2019 HASTA 25/08/2019 |
| 394 | 10/01/2020 | MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ | PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA | 910.000,00 | | 910.000,00 | 10/01/2020 HASTA 31/01/2020 |
| Los contratos suscritos se han ejecutado, con total autonomia y con solución de continuidad. | | | | | | | |

Se expide a solicitud del interesado, a los Dos (02) días del mes de Junio de 2020.

**MIGUEL ÁNGEL LIÑEIRO COLMENARES**
**Asesor Jurídico**
**E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas**

Proyecto: Leticia Vanegas Garcia

**LA GERENTE DE LA EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA, CON NIT No. 832.001.794-2**

**CERTIFICA**

Que revisado los documentos que obran en el archivo de la **EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA**, se encontró que **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ**, identificada con cedula de ciudanía No. 52.465.278, ha suscrito con la entidad los siguientes contratos **DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, así:

➢ **CONTRATOS SUSCRITOS EN EL AÑO 2019**

| No CONTRATO | OBJETO | VALOR CONTRATO | PLAZO DE EJECUCIÓN | FECHA INICIO | ADICIÓN | PRORROGA | VALOR TOTAL CONTRATO | FECHA DE TERMINACIÓN | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 157-19 | PRESTAR SERTVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFEREMERIA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACION DE ACTIVIDEDES DENTRO DE LA ESTRATEGIA CUADRANTES SALUDABLES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE PROMOCION DE LA SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA | $ 4.350.000 | 24 DIAS 2 MES | 07/03/2019 | $0 | NO | $4.350.000 | 31/05/2019 | TERMINADO Y LIQUIDADO |
| 354-19 | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE PROMOCION DE | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | LA SALUD DENTRO DE LA ESTRATEGIA CUADRANTES SALUDABLES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA DE ACUERDO AL CONTRATO INTERASMIISTRATIVO NO 1918 DE 2019 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA | $9.183.000 | 9 DÍAS 6 MESES | 21/06/2019 | $0 | NO | $9.183.000 | 29/12/2019 | TERMINADO Y LIQUIDADO |

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Soacha, Cundinamarca a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2019.

KARIN JOHANNA MENDOZA ESPITIA
Gerente
EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA

| | | |
|---|---|---|
| Vo.Bo | Katerin Gómez Olaya – Asesor Jurídico contrato 284 de 2019 Empresa de Salud E.S.E. del Municipio de Soacha | |
| Elaboró: | Edisson Steven Párraga Ardila- Profesional Jurídico OPS 387 de 2019. | |