Soacha, _11_ de __07___ de 2022

Doctora.
ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: carla Johana garcia medina

Cargo auxiliar de enfermería

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 la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD 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,



Carla Johana garcia medina
Nombre del Contratista
CC:1030526895
Dirección:carrera 2 # 38-80 casa 234 manzana f
Email:carvijis20@hotmail.com
Teléfono/ Celular: 3123074126

CARLA JOHANA GARCÍA MEDINA

CC. 1.030.526.895 BTA

CEL: 3004302749



PERFIL PROFESIONAL

Técnica en auxiliar de enfermería capaz de desarrollar procesos cognitivos. humanos y significativos, de excelentes relaciones interpersonales, con facilidad para trabajar en equipo, para efectuar tareas exigentes y con sentido de responsabilidad. Mi trabajo se fundamenta en la responsabilidad y lealtad a la institución, la honestidad, sentido de pertenencia, alto grado de compromiso frente a los retos adquiridos.

OBJETIVO LABORAL

Brindarle seguridad al paciente y una excelente atención frente a cualquier situación, colocando en práctica mis conocimientos como auxiliar de enfermería dándole una excelente calidad humana

DATOS PERSONALES

Lugar de nacimiento	Bogotá
Fecha de nacimiento	23 /julio/1986
Cedula de ciudadanía	1.030.526.895 de Bogotá
Estado civil	casada
Dirección	carrera 2 # 38-80
Teléfono	3004302749

ESTUDIOS REALIZADOS

CURSO TALLER DE PRIMER RESPONDIENTE

Fecha de inicio: 18 de febrero de 2011

Intensidad de 8 horas

Educación superior: Funca

Año de finalización: 2006

Años cursados: 18 meses

Titulo obtenido: técnico en auxiliar de enfermería en diferentes áreas .

Bachillerato colegio distrital el Japón

Año de finalización: 2004

Años cursados: 6 años

Titulo obtenido: bachiller contable

REFERECIA LABORAL

HOSPITAL CARDIO VASCULAR DE NIÑO DE CUNDINAMARCA

Telefono : 5922979

Fecha de ingreso : 17 / enero /2014

Fecha de retiro : actualmente trabajando

Funciones realizadas : circulante de salas de cirugía

HOSPITAL CENTRO ORIENTE

Teléfono: 3685449-

Fecha de ingreso: 12/junio /2009

Fecha de retiro: 01/agosto/ 2013

Funciones realizadas: auxiliar de enfermería en pediatría urgencias y medicina interna.

HOPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

MEDERI BARRIOS UIDOS

Telefono:4855970

Fecha de ingreso:1/noviembre /2012

Fecha de retiro:20/enero/2014

Funciones realizadas: enfermera en hospitalización y medicina interna

HOSPITAL CARDIO VASCULAR DE CUNDINAMARCA

Teléfono: 5922979

Fecha de ingreso: 1 /junio/2007

Fecha de retiro: 05 /julio /2008

Funciones realizadas: auxiliar de enfermería en urgencias ,3 y 4 pisos intermedios y pos quirúrgicos.

HOSPITAL LA VICTORIA

Teléfono: 3675766-3626305

Fecha de ingreso: 13/diciembre/2006

Fecha de retiro: 30/marzo/2007

Funciones realizadas: Auxiliar de enfermería en salas de partos, UCI neonatal, ginecología, urgencias, pediatría.

CENTRO DE EN FERMEDADES AUDITIBAS

Dirección: car 9No48-40 cons.602

Teléfono: 2327503- 6212915

Nombre del jefe inmediato: Doctor Jaime Alberto Avendaño

Fecha de ingreso: 1/agosto/2006

Fecha de retiro: 14/diciembre/2006

Funciones realizadas: Terapeuta de lenguaje dando a conocer listening programa (usa).

DROGAS MERAK

Dirección: cll 3º 13-19

Teléfono: 7120489

Nombre del jefe inmediato: wilmer Villalobos

Fecha de ingreso: 25/septiembre/2005

Fecha de retiro: 18/junio/2006

Funciones realizadas: Atención al cliente, inyectologia, vendedor

REFERENCIA PERSONAL

Diego críales casallas

Profesión: profesional en ciencias y deporte

Teléfono: 3007222712

Patricia medina

Profesión: vendedora de seguros

Teléfono 3144804794

REFERENCIA LABORAL

Eleazar González

Profesión: jefe de enfermería

Teléfono: 3003793716

Erika Ballesteros

Profesión: jefe de enfermería

Teléfono:3006524704

Para los efectos legales certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí en la presente hoja de vida son veraces (C.S.T.articulo1 del régimen laboral Colombiano)



CARLA JOHANA GARCIA MEDINA

CC.1030526895 (BOGOTA)

carvijis20@hotmail.com

carvijis20@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.030.526.895

NUMERO

GARCIA MEDINA

APELLIDOS

CARLA JOHANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1986

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

05-AGO-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500108-45132902-F-1030526895-20041223 01194 04358A 02 168756711

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 201497044

WEB
20:36:46

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) CARLA JOHANA GARCIA MEDINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030526895:

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 martes 26 de julio de 2022, a las 20:43:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1030526895
Código de Verificación	1030526895220726204323

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 08:50:36 PM horas del 26/07/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1030526895**

Apellidos y Nombres: **GARCIA MEDINA CARLA JOHANA**

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 onorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON AS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no reg ran 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 11
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

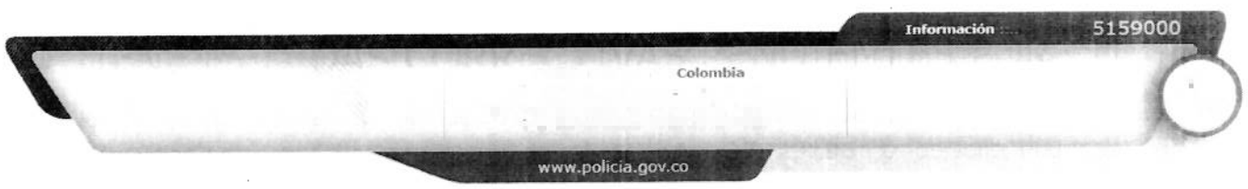
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/07/2022 09:47:25 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1030526895** y Nombre: **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA.**

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. **37929196** . 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



001

13

Formulario del Registro Único Tributario

2. Concepto: Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14213339929

Impuestos

26.

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1030526895 3 | 6. DV: 12 | Dirección seccional: de Bogotá | 14. Buzón electrónico: 32

MEDINA

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida	2 Cédula de Ciudadanía	13 1030526895	20040805

Lugar de expedicion	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	169	Bogotá D C.	11	Bogotá, D.C.	001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARCIA		CARO	JOHANA

35. Razón social

36. Nombre comercial: 1 COMPARTI | 37. Sigla

CLASIFICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	169 Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.	001

41. Dirección principal: CR 1 B 3 A 21 SUR BRR SOACHA R

42. Correo electrónico

43. Código postal: 2 | Teléfono 1: 7219243 | 45. Teléfono 2: 3133552353

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha cio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8699	01505 29					5132	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código: 20

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

información 11 12 13 formulari 14 15 inscripción 17 18 19 20

cancelación (RUT),

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio: 2022 - 01 05 / 13 14: 17 | 57. Modo | 58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

MPORTANTE: 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

59. Anexos SI ☐ NO X | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 7 - :

La suministrada a través del o oficial de , actualización, suspensión y del Registro Único Tributario 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

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

MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

CIUDAD: soach

REGION DE SALUD SOACHA

FORMATO SARLAFT

Codigo
Version
Vigencia 06/07/2022

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

FECHA: 2022-07-11 DEPARTAMENTO: cundinam a

I mgu te on igen imiento este rmi rio nos permitirá ar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Cir. Ext Externa ... ...ISO de 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 Vig ... 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 [*] IDOR PE O [ ] OTRO [ ] CUAL:

1. DATOS DE LA P NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
garcia	edina	la	ohana CIONAL

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION
C [*] L [ ] C [ ] UP [ ]	1030526895	gota	004 08 05

PASAPOR [ ] OTRO [ ] RESIDENTE EN COLOMBIA SI NO

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad /Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NA IDAD:
1986-07-2 gota		lombia	colombiana

ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER POSGRADO ESPECIALIZADO BACHILLER PRIMARIA TECNICO TECNOLOGO OTRO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO/A [ ] CASADO/A [*] DIVORCIADO/A [ ] UNION LIBRE [ ] VIUDO/A [ ]	MENTO:	2	12307 4126

soacha NIVEL DE PROFESION OFICIO

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] CUAL ONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTA	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Carrera 2 # 38-80 casa 234 manzana f		cundinamarca	colombia	12307 4126

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
c...a...s20@gmail.com		PROPIA [*] AMILIAR [ ] ARRENDA [ ]

DIRECCION ESTABLECIMIE O DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO FAX
N/A		N/A		

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N		N/A	

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad Municipio)	FECHA EXPEDICION
C [ ] L [ ] C [ ] UP [ ]			

PASAPOR [ ] OTRO [ ] CUAL IS RESIDENTE EN COLOMBIA. SI [ ] IONALIDAD

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA: ODIG TIVIDAD ECONOMIC 8699

SI NO

EMPLEADO [ ] INDEPEN [ ] IONADO [ ]
SOCIO [ ] ONTRATISTA [*] LOGAR [ ] MPLEADO PUBLICO [ ] CUAL
PROPIETARIO/A INDEPENDIENTE [ ] AGENTE CIANTE [ ] X [ ]
MPLEADO OCIO [ ]

ABORA O [ ] ADS [ ] [ ] A

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	IVA	ES Salud	RINCIPAL	CUNDARIA:
		SI [ ] NO [*]			
		ICA	SI [ ] NO [*]		
GRAN CONTRIBUYENTE [ ]	I [ ] NO	R [ ] E RETENEDOR [ ]	[ ] [ ] [ ]	SI [ ] O NTE [ ]	AGENTE AUTORETENEDOR SI [ ] NO [ ]

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE T	DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
S [ ] NO [ ]	[ ] NO [ ]	E Region de Soacha	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA OBIERNO [ ] SERVICIOS [ ] SALUD [ ] # NIT

IMPORTACIONES [ ] AGRICOL ENERGETIC [ ] FINANCIE TRANSPOR TECNOLOGIC ALIMENTO MEDICAMI
OTRA [ ] CUAL

6/07/

		Codigo	TH_FTO_45
	FORMATO SARLAFT	Version	0
		Vigencia	0 2022

DIRECCION DE LA EMPRESA	CODIGO TELEFONO	ECONOMICA CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
	7039230			

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO D EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	ACTIVIDAD	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 1.400.000	GASTOS FAMILIARES	$ 400.000	BANCOS	$	HIPOTECA	$ 35.000.000
HONORARIOS	$	ARRIENDOS	$	INVERSIONES	$	TARJETAS DE CREDITO	$
INTERESES	$	CUOTA VEHICULO	$	15.000.000		CUENTAS POR PAGAR	$
DIVIDENDOS	$	CUOTA VIVIENDA	$ 450.000	CESANTIAS	$ 600.000	OTRAS DEUDAS TERCEROS	$
OTROS INGRESOS*	$	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 1.400.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.250.000	TOTAL ACTIVOS	$ 50.000.000	PASIVOS	$ 35.000.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N A	N		N A

6. REFERENCIAS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NOMB			

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR

7. REFERENCIA FINANCIERA

RE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

ION EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS

N O			CUAL	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N A	N A	N A	N A	N A	

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES

EXPORTACION ☐ IMPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRAS ☐

regare la EMPRESA SOCIAL

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

ESE 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 [illegible] de 2000 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

[illegible] recursos que [illegible] y entrega a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupacion, profesión, negocio, etc.):

[illegible] bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Codigo Penal Colombiano y sus [illegible] (000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

[illegible] que los recursos entregados recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Codigo Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que adicione, complemente o modifique), ni [illegible] transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

[illegible] declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas

[illegible] inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaracion una vez tenga conocimiento de la misma.

[illegible] en el caso de que haya lugar, autorizo al la ESE Region 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 del presente se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPLSA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que derive por información errónea falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo

[illegible] compromiso y obligación actualizar al menos una vez cada año los datos e informacion que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

[illegible]

9. DOCUMENTOS

Asalariado Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nomina de los tres ultimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los ultimos 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 ultimos 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 representacion o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

FORMATO SARLAFT

Codigo
Version
Vigencia

1. Original Certificado de Existencia y Representación L con Vigencia no superio a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario (RUT).
3. Fotocopia Inspeccion en el Rit.
4. Fotocopia del documento d identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion 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 vigen 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. AUTORIZ REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULT Y COMPARTIR INFORMACION CONTENID EN TAS BASES DE DATOS FINANCIERA, DITICIA, 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 Superintendencia Nacional de Salud, internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposicio buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición Archivos que tengan por finalidad la prevencion, deteccion, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo por lo que en principio su utilizacion no requiere del previo de la cli
3. Que los datos personales adicionales para el estudio tecnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales razón por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorizacion, entiendase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con NIT 8000068503 ubicada en la Calle 13 No. 9-97 - Cundinamarca, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30, Red 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 contractuales y cumplimiento de las actividades de prestacion servicios de salud
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ION DE SALUD SOACHA y o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente
1. LA NALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales seran tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y o sus Unidades Prestadoras de Servicios para las siguientes finalidades: a) El tramite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y o proveedor de bienes y servicios, b) El negociacion de contratos con la ESE y o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y analisis y seleccion de riesgos, c) La ejecucion y el cumplimiento de contratos, d) El control y la prevencion 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 al Sistema General de Seguridad Social en Salud, h) La elaboración de estudios tecnicos, estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud, i) Realizacion de encuestas de satisfaccion de clientes, usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud, j) Realizacion de encuestas de satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y todas Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, k) Envió de información de Sujetos de tributación a los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y o a la Direccion de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN en los terminos 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 suscritos por Colombia, m) La prevencion y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podra ser realizado directamente por cada Entidad 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 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 contratistas 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 celebracion de contratos de seguros y o reaseguros, e) A la UIAF o Escolida, ya cualquier otra persona juridica que autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevencion y control de fraudes, la seleccion de riesgos y control de pagos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud así como la elaboracion de estudios tecnicos y estadisticos
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinados situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con los fines del tratamiento SARLAFT
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no estoy 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 el presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Basica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y 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 niños y adolescentes. En consecuencia, no estoy 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.

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 y suprimir la información y revocar la autorización para el tratamiento de mis datos personales, en el caso de que no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. Que puedo suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Region 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, entregue o divulguen en el literal a) del num. 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, Teletono (601) 730 92 30), exclusivamente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, UBICAR 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 a las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

Firma Cliente / Representa
IX. FIRMA Y HUELLA
COMO CONSTANCIA DE HABERLE ENTENDIDO Y ACEPTADO EL PRESENTE CLAUSULADO QUE LA INFORMACION QUE HE

a Cli nte Legal Huel ho

ompe

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

TRÁMITE

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

nsar | salud

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL

1. Tipo de trámite
2. Tipo de Afiliación
3. Régimen
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante
10. Fecha

A. Afiliándose
A. Individual
A. Cabeza de Familia
B. Reporte de Novedades
B. Beneficiario o afiliado
C. Institucion
D. De oficio
B. Subsidiado
B. Independiente
C. Pensionado

11. Etnia
Discapacidad
Tipo
Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población
15. Administradora de riesgos laborales - ARL
16. Administradora de pensiones

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido
Segundo Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre
Fecha de nacimiento
Sexo
Femenino
Masculino

7. Tipo de documento de identidad
Número de identidad
Zona
Urbana
Rural
Departamento
Municipio
Dirección de residencia
Teléfono fijo y/o celular

II. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

12. Nombres
Primer Apellido
Segundo Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre
Fecha de nacimiento
Sexo
Femenino
Masculino
Teléfono fijo y/o celular

17. Ingresos mensuales
18. IBC
21. Número de identidad

III. DATOS DE NOTIFICACIÓN DE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	19. Apellidos	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	20. Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento	24. Parentesco	Etnia	Discapacidad Tipo	Discapacidad Condición	25. Tipo de documento de identificación del cotizante	26. Número de documento de identidad del cotizante	27. Sexo Femenino	Masculino
B1																		
B2																		
B3																		
B4																		
B5																		

Zona: Urbana / Rural

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Selección de la IPS Primaria

	Código de la institución prestadora de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por EPS)	Dirección	Teléfono	Municipio / Distrito	Departamento
Cot						
B						
B						

34. Nombre de la razón social
35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación
Municipio / Distrito
Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identificación
4. Actualización y corrección de datos básicos de identificación
5. Terminación de la inscripción en la EPS
6. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
7. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Inicio de relación laboral o actividad independiente o inicio de condiciones para cotizar
9. Terminación de la relación laboral o actividad independiente o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
10. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
11. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

NOVEDAD

Número de documento de identidad
Fecha de nacimiento
Código
43. EPS donde se encuentra en la EPS
44. Motivo de desafiliado
45. Caja de Compensación Familiar

43. Movilidad:
A. Régimen Contributivo
B. Régimen Subsidiado
44. Traslado:
A. Mismo Regimen
B. Diferente Régimen
45. Reporte por fallecimiento
46. Reporte del trámite de protección al cesante
47. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
48. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA

41. Datos básicos
Declaración económica de los beneficiarios afiliados
Primer Apellido
Segundo Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número de identidad
Aumento de ingreso
Femenino
Masculino
Novedades
Fecha
Pensionado
Pagador de Pensiones
Código
Prestador de servicios de salud
Declaración de dependencia económica
Declaración de la no obligación de afiliarse Régimen Contributivo, Especial o Excepción.
Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos
Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución
Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos clínicos del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades que por ese funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales de su cotizante o cabeza de familia de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información mediante mensajes de texto

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identificación
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital de hecho
61. Documento en que conste la orden judicial o del acta de imposición de la medida de protección que ordena la ausencia de los progenitores.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad de los padres o la medida de protección que ordena la ausencia de los progenitores.

S.A.

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S
Nit. 900840788 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

MÉDICO OCUPACIONAL APTITUD

INFORME Retiro OCU incapacida DE

Tipo certificación: Ingreso Periódico Post d Casa ocupacional

DATOS DEL PACIENTE Control Reubicación Ingreso al SVE Trabajo en alturas



JOHANA

Fecha 11/06/2021 10:19:00 Empresa PARTICULAR 001
rgo DE Identidad 10305268

Nombre CARLA GARCIA MEDINA

Ca AUXILIAR ENFERMERIA Doc. CC 95

CONSUL MEDI OCUP ENFASIS
INGRESO

1 TA CINA ACIONAL 2 OSTEOMUSCULAR 3

4 5 6

EXAMEN DE INGRESO SI NO NO APLICA FALTA INFORMACIÓN

	8			
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
A ado	○	○	○	○
Apto ltu Apto con restricciones	○	⊗	○	○
para trabajar en a ras	○	○	⊗	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	⊗	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	⊗	○
para requerimiento Apto para participar en la brigada	○	○	⊗	○
Ar el del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIODICO SI NO

Apto 9 desempeñ do el sin limitaciones	○	○
para continuar activi an cargo	○	○
Requiere restricciones de dades		
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
trabajar trabajar confinados		
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para en espacios	○	○
Apto para alturas rofesional	○	○
Sospecha de enfermed		
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ ardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

C

REMISIÓN SI ○ NO⊗ ARL SI ○ NO○ EPS SI ○ NO○

JUAN CARLOS CORTES
Médico Cirujano Nacional
R. D. 17272
DR. M
U.
Especialidad: MEDICINA S.
NA LABORAL

JUAN CARLOS CORTES MILLAN
DEL TRABAJO Y
MEDICI
CC: 79383548 RM:

Trabajador CARLA JOHANA GARCIA

que todos registrados corresponden a verdad
MEDINA

Dirección: CC 1030526895

Declaro los datos la

Captura Biometrica

CL 12 A # 9 -914 Teléfono: 8822218
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2015@GMAIL.COM

Protección

NIT
Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

800.198.281

Hace constar que:

desd

El(la) Señor(a) **GARCIA MEDINA CARLA JOHANA** identificado(a) con **CC** número **1.030.526.895** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, e el día 28 de diciembre de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

sa

Esta constancia se expide a petición del intere do(a) el día 11 de junio de 2021.

Cordialmente,

Patrici Me Meta

Laura a rchan ute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

ge

*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 - Carta na: 642 49 99 - Nacional 01 8000 52 8000
www.proteccion.com

FORMATO ÚNICO
atural
HOJA DE VIDA
Persona N

(Leyes 190 de 1995, 489 y de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GARCIA	MEDINA	CARLA JOHANNA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. PAS No. 1030526895

SEXO: F M

NACIONALIDAD: COL EXTRANJERO PAIS COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 23 MES 07 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTA

MUNICIP BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CARRERA 2 N ?38 80 CASA SAN MATEO

NÚMERO D.M.

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO EMAIL carvijis20@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	FECHA DE GRADO	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			BASICA SECUNDARIA	MES	AÑO
1°	2°	3°	4	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°		11	2001

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNOLÓGICA 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO LOS	3	X			06	2006	N A

ESPECÍFIQUE 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 IDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

LACIONE

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD: COOPSIN	PÚBLICA	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: SOACHA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: RESO	
TELÉFONOS: 5922979	FECHA DE ING: Día 17 Mes 01 Año 2014	FECHA DE RETIRO: Día Mes Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIA DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: SALAS DE CIRUGIA	DIRECCIÓN: CALLE 30 N 6 D 04 ESTE	

EMPLEO O CO

NTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS	PÚBLICA: X	PRIVADA	PAÍS: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: SOACHA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 7309230	FECHA DE INGRESO: Día 17 Mes 06 Año 2021	FECHA DE RETIRO: Día 30 Mes 08 Año 2021	
CARGO O CONTRATO: COORDINADORA	DEPENDENCIA: UNIDAD COMUNITARIA	DIRECCIÓN: CALLE 13 N ° 9 -85	

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCEN

			PAÍS
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	PÚBLICA	PRIVADA	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO Día Mes Año:	CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONOS	NIVEL / FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO Día: Mes: Año	

ÁREA DE CONOCIMIENTO EDUCATIVO

IRECCIÓN

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	8	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	7

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Ley 190 de 1995, Decreto Ley 2400 de 1968, Decreto 1950 de 1973, Decreto 1083 de 2015, Decreto 2842 de 2010, Ley 489 y 443 de 1998)

7 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS , 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 ch 11 7 2022

DEL SERVIDOR PÚBLIC O CONTRA

FIRMA O TISTA

8 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

sigepII El servicio público es de todos Función Pública

FORMULAR DECLARACIÓN DE B IO ÚNICO ADA PERSONA NATURAL IENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIV (LEY 1943) N

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

190 de RENT

Período 01/01/2021 - 31/12/2021

1.1. DE BIENES Y AS

YO, Carla Johanna Garcia Medina

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1030526895 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN.

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: {"tipoVia":{"id":"338","sigla":"CARRERA","descripcion":" TELÉFONO: 3004302749

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO A)
DAVID SANTIAGO CRIALES GARCIA	1029147010	HIJO(
SAMUEL FERNANDO CRIALES GARCIA	102977858	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122 INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN 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 000

SENT CONCEPTO	VALOR $0
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$14.400. $0
INGRESOS Y RENTAS GASTOS DE REPRE ACIÓN	$0
TO CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	000
OTROS	
TAL	$14.400.

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
BBVA	CUENTA DE AHORROS	0085267920	BBVA	1.000 000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	DNL950	20.000.000
INMUEBLES	CRA 2 N°38-80	47.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	HIPOTECARIO	32.000.000

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
CORPORACI	

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

ÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
D	

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

NOMBRES Y APELLIDOS EL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

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

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

DEL FUNCIONARIO CON FIRMA O CONTRATISTA

Soacha 11 julio 2022

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

Soacha, 11___de julio _____de 2022_

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo carla johana garcia medina _____, identificado(a) con cedula No. 1030526895 _____ de bogota_____, 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 s (___*) no (__) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

*Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:*_____

_____

ntamente,

_____

Atela johana ga

3

r rcia medina

cc10 0526895

puede

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 _____07de 20222____

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

Yo carla Johana garcia medina _____, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1030526895__ de bogota _____, 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:** e 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 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 l **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,

carla Johana garcia medina
C.C. No. 1030526895_____de bogota _____

AFIL

IGEN

	FORMATO PARA REALIZAR LA IACIÓN A LA ARL		
DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		V CIA	05/07/2022

ARL colpatria _

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: carla johana garcia medina

Nº Documento: 1030526895

Fecha de Nacimiento: 2 3 / 0 7 1 9 8 6

Dirección: carrera 2 # 38-80

Teléfono. Fijo – Celular: 3123074126

E-mail: carvijis20gmail.com

EPS:compensar compensar

AFP:

Firma Contratista:

Fec

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

ha 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 IND PENDI

DATOS EMPRESA

T Ide E ENTE	
N de ocum	
u Af n· DE LA	
ıpo de ntificación:	NIT
úmero d ento:	800006850
N´mero iliació·	215221

DATOS DEL TRABAJADOR NDEPENDIENTE

Ra ón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E
Ti docum nt	
Numero d umento	
Nom I	
po de e o:	C.C.
Fe ha F e doc :	1030526895
hare: io be ra	CARLA JOHANA GARCIA MEDINA
F l cio c :	26/07/2022
Nit e presa in contrato:	31/10/2022
Fec ic co rtu :	26/07/202
Número contrato:	09460
ent de trab j ch hor en m sión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 3
C ro a·o	CTRAB 003
Fe a a transacción:	25/07/2022 01.59:25 p.m.

E SOACHA	**AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS**		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Senores.

Soacha 11/07/2022__

Fundacion funca

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

REF Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo carla Johana garcia medina _____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 expres autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Técnico en auxiliar de enfermería

(Nom Título Obtenido)

Cordialmente;

Dirección
Firma carla Johana garcia medina _____
N° Documento1030526895_____
Tarjeta Profesional N°1030526895_____
de contacto carrera 2 # 38-80 casa 234__
Teléfono 312 3074721 _____

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

Yo,carla ana garcia medina _____, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 030526895_____, expedida en_____bogota_____, en mi condición de con ratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los ap icativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes c diciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la a tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas en todo tiempo, a g reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamient , hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La inform ión 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 contractual s. **CLÁUSULA TERCERA:** Ob · 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 adm nistra 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 S HA**, 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 tercera 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, inte ptar, 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 SOCI 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 n caso de

REGIÓN DE SALUD SOACHA	**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO D ULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:CONTRATISTAS**	O	00
		CÓDIGO	JUR FTO 20
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	VERSI N	

los términos pactados. **CLAUSULA QUINTA:** Protección de . L ón de 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 con idenc , y. su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clín es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información**:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EGION D . 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. **CL USULA 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 avés de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usu o (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) carácteres alfanuméricos.) 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 pod 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 N ENA**: Bloqueo**.** C mo 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 usuar 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

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la C tución 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 divulgac 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 t nación 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: • DATADOC • SIVIGILA • • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X 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

La última versión de cada documento será la única válida para su utilizacion y estara disponible en el Portal Institucional de la Empresa Social del Estado Hospital [illegible] ser una versión desactual zada.

IAL
SOACHA

Carla garcia medina
huella

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

Johana

Firma y

3123074126

Celular No.

Correo institucional

M c na

¡Va u

Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Min alud | ¡Vacuna Covid-19

Certificado de vacunación otro cuál:

Nombres: Carla 305 Johana.

Apellidos: Garcia Medina 86

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

No. 10 26895.

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 09 Año 19

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
		01/08/2021			A	Higuer	0736853333
COVID-19	1	221031 1	Pfize Pfizer	ENM95	Procard cardio.	ascular	0
	2	12	MODERNA	9405 ENM95	HCC	Hig	1

Hospital Cardiov de Cundinamarca
Nit: 830104627-6

1036853333

1106776871

rvel

Este carné es válido en Colombia

Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consé o

ME

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Cal

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: la johana G

Apellidos: Garcia

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1030526801

Fecha de Nacimiento: Día 23 Mes 06 Año 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	25/11/19	3695 2021	Jennifer
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	25/11/20	B29Q013C	Jennifer
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra patitis B	1	25/11/19	B397B10	Jennifer
	2	25/11/20	B3208109	Jennifer
	3	18/5/20	3696	Elizabeth
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unica	31/1		
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S
Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

PART
Díaz

A esi — **OPTOMETRIA** — Fecha historia 12/07/2022 11:29:00

S — Si [X]

Doc. Identidad **CC 1030526895** — Nombre **CARLA JO NA GARCIA MEDINA** — Fecha Nacimiento. **23/07/1986**

Entidad **ICULAR** — Edad **35** — Ocupación **Auxiliar De Enfermeria**

Fondo de pension **PROTECCION** — EPS — ARL **SURA**

namn s

Ultimo examen visual **6 MESE** — Usa anteojos: No [ ] V.L. V.P. PC [ ] Bifocal Progresivo Filtros

Frecuencia de uso: Permanente: Ocasional [X] — Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si No [X]

Ciruglas Si No Cuál? **NO REFIERE, VACUNA PEZIER 2 DOSIS JUL/2021, MODERNA ENE /2022**

Agudeza Visual

Accidentes oculares V.L Si V.P No S Cuál? **NO REFIERE,**

Si nos	sí	Asintomatico	Disminución visual de cerca	Disminución visual de lejos	Cefaleas	Res edad ocular
Ardor ocular	Lagrimeo	Cansancio ocular	Irritación	Fotofobia	ocular	Salto de renglón

Lensometria

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Antececentes persona y/o fami ares **REFIERE, PACIENTE SIN SINTOMAS RELACIONADOS CON** — Trae corrección óptica

n Externo

S	terior:	conj ntiva [X]	Pterigio N [ ]	V.P	S	[X]	[ ]
	nguécula [ ]	N [ ]	Bleafaratis [ ]		Pterigi T [ ]		
B	O.D. -	-	20/25	20/25	-	-	-
	O.I. -	-	20/25	20/25	O.I. -	--	-°

O.D. O.I.

Exame Ocul
egmento An — Hiperemia u — **egmento Anterior:** Hiperemia conjuntiva — Pterigio N
Pterigio T — Pi — evus — o — Pinguécula — C — Nevus — Bleafaratis
Blefaritis seborreica — Secreción — Leucoma corneal — O.D. — Blefaritis seborreica — Secreción — Leucoma corneal — O I.
Ptosis palpebral [ ] — Papila [ ] — Otros [X] — Brillo al [X] — Ptosis palpebral — Otros: B fo ormal [X] C
ar — de med [ ] — Le ión retinal [ ]

C st Oc — VL **ORTHOFORIA** — VP **EXOFORIA** — HISHBERG **CENTRADO**

Ducciones **NORMAL** — Versiones **NORMAL** — PPC **6** **MS** **MAL**

P.O.A. normal fove normal Catarata — O.A.N. Papila normal rillo veal n — O.I atarata

Esclerosis de cristalino Opacidad ios — Refra ión final — Esclerosis de cristalino Opacidad de medios [ ] Lesión retinal

e upacio	Cilindro	EJE	Adició								
			Visión cromática	D:	Visión de profundidad		Campo visual por confrontación				
O D: L					O.D: NOR		O.D NORMAL				

Inter NORMAL — NORMAL — NORMAL O.D O.I [X] [X]

n Esfera					cc Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
.D: +050	-100	0º	+	O.	N	-100	0º	+	20/20	20/20
O I: +050	-100	0º	+	O.I:	N	-100	0º	+	20/20	20/20

Diag ostic

O.D O.I

Recomend iones
No requiere corrección óptica — Defecto refractivo no corregido
Defecto refractivo adecuadamente corregido — Óptica — Gafas no formuladas [X] [X]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido

Va nacióno
CO22 ASTIGMATISMO

[X] ac — ROTECCIÓN
Corrección Permanente — Corrección Ocasional — Control 6 meses — Control 1 año
Optometría Clínica — Valoración por oftalmología — Valoración por ortóptica

lo Normal [ ] Anormal [X] R

NCEPTO
Apto — No apto [ ] — **Observaciones:** 1. USO DE CORRECCION OPTICA DE P VISUAL. Y / O (MONOGAFAS DE SEGURIDAD O CARETA) A NECESIDAD DE LABOR.
2. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS DE 5 A 10 MINUTOS.
3. PACIENTE REFIERE TENE LENTES PERO NO LOS TRAE.

ERA CLAUDIA ND
TOMETRA FU
REG 3
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
REG. 7854/2013

R. VELA IA M.

CLINICA

9

INFORM ÉDICO OCUPACIONAL APTITU

IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768 - 8

Dirección: CL 12 A # -914

Tel: 8822218

4

E M DE D

Después realizar

1. Pausas activas 15 min por cada horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Uso de los elementos de protección personal
4. Prevenir el riesgo biológico
5. Lavado de manos Antes y de tocar al paciente, Antes de una tarea limpia /aséptica, después de contacto con el entorno del pa , del riesgo de exposición a líquidos corp tener
6. Se que los desplazamientos se realizan en medios de transporte se deberá hacer uso del tapabocas y en la medida de lo posible procurando mantener distancia mínima de dos metros (2 m) entre las personas.
7. Retirar los zapatos a la entrada y lavar la suela con agua y jabón. caliente queme las
8. Lavar las m de acuerdo con los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social. través
9. Evitar saludar con beso, abrazo y dar la mano y buscar siempre la distancia de más de dos metros entre personas.
10. Antes de tener contacto con los miembros mbiarse de ropa.
11. la ropa de de las prendas
12. La ropa lavarse en la lavadora a m de 60 grados centígrados o a mano con agua que no manos y jabón, y secar por completo. No reutilizar ropa antes No sacudir las prendas de ropa antes de lavarlas para minimizar el riesgo de dispersión de virus a realizar que se sequen completamente
13. Lavarse con abundante agua y jabón.
14. Mantener la casa ventilada, limpiar y desinfectar áreas, superficies y objetos de manera regular.
15. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa
16. Disminuir el consumo de carbohidratos 28,9
ejercicio 30 min 3 veces a la semana
18. No levantar cargas > 20

Los fueron en una historia ocupacional que reposará en IPS.

CARLOS
Cirujano cional
17-S.

Especialidad:
M
DR. JUAN CORTES M.
Médico U. Na
R. M. 94 D. S. 1727-2

JUAN CARLOS CORTES MILLAN
MEDICINA DEL TRABAJO Y

Trabajador: CARLA OHANA
CC
todos los datos registrados corresponden la verdad

1
NICAEUGENIO

J GARCIA MEDINA
1030526895

FUNCA

A

Carlos Johana García Medina

1.030.526.895 Bogotá D.C.

EN

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

CI N UELA DE AC N LOMBIA

F

UCIÓN

EL

DEL

FUNDA O ESC CAP ITACIÓ CO

UNCA

CON APROBACIÓN OFICIAL SEGÚN RESOL No. 1879 DEL 11 DE JUNIO DE 1994 EMANADA DE LA
SECRETRIA DE EDUCACIÓN D D.C. CONCEPTO FOVORABLE DEL 14 DE AGOSTO DEL AÑO 2003
EMANADO DE LA SECRTARIA DE SALUD DEL D.C. Y ACUERDO No. 09 10 DE JULIO DE 1995
EMANADO DEL MINISTERIO DE SALUD

AVENIDA CARACAS NO 34-48 TELEFONO 2872081-2875255

gotá Junio

formalizo alumnos

ACT DE CAPACIT N

UXILIAR FERMERIA 1

CIT CION COLO stitución

FUND

En la Ciudad de Bo D.C. a los Diez y Siete (17) Días del mes de

del año 2006 se la capacitación de los distrito del ULTIMO

NIVEL de TECNICO LABORAL EN A DE EN de ta

ACION ESCUELA DE CAPA A xpedida MBIA, in Ministerio

con ión según resolución oficial No. 1879 del 1 de Junio de

2004 con or la Secretaría de ión del capital, concepto

favorable del 14 de de 2003 de la Secretaría de Salud de Distri

Capital y acuerdo No. 09 del 10 de Julio de 1995 e por el

de Salud.

TE ICO

Comp a la s académica y práctica se procedió a expedir el

CER CADO DE CN LABORAL A. Bogotá

mes 1

CARLA J A

C.C. 1030526895 d D.C.

Teresa Mesa M. Humberto Cayoreuus

DADO en Bogotá D.C. a los Diez y Siete (17) días del de Junio de año

2006

TORA GENERAL

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



CARLA JOHANA
GARCIA MEDINA

C.C. o C.E. 1030526895

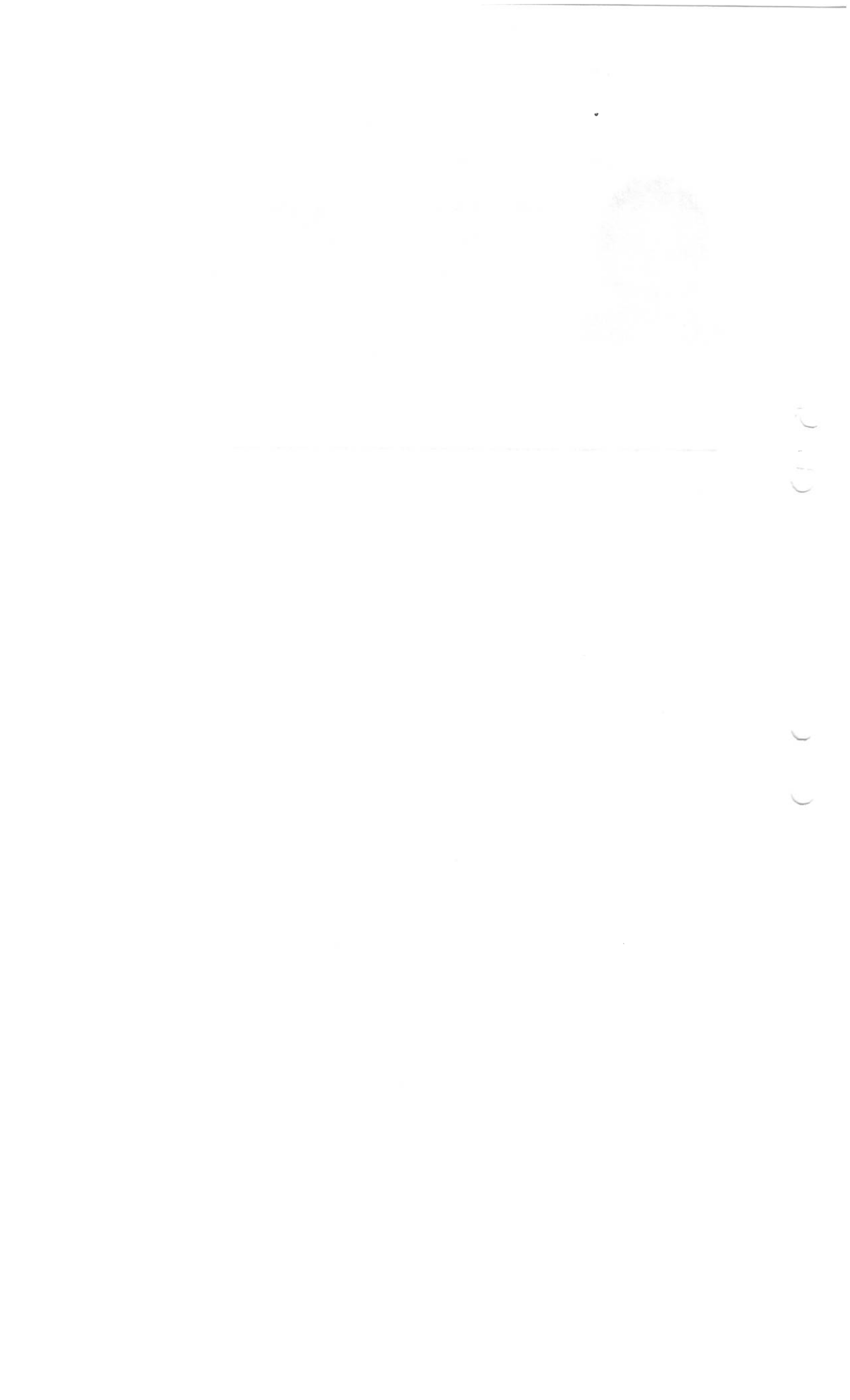
RTHS

Secretaria
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA AUTORIZADA

Expedicion 26/12/2006



CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud
Departamento de
DI AMARCA

RESOLUCION No. 25 3135 DE 2008
(05 SET. 2008)

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

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas por las Resoluciones Nos. 0285 de febrero 7 de 1989, 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA,** identificado (a con la cédula de ciudadanía **No.1.030.526.895 DE BOGOTA, D.C.,** ha solicitado inscripcion para ejercer como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, TITULO** que le otorgó **LA FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLO BIA "FUNCA", BOGOTA, D.C., SEGÚN ACTA DE CAPACITACION, DE FECHA 17 DE JUNIO DE 2006.**

Q e **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA,** se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** a Nivel Nacional, m iante **RESOLUCIÓN No.10858, DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2006,** expedida por **LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA, D.C.**

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO. Inscríbase a **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.1.030.526.895 DE BOGOTA, D.C.,** para ejercer como **TEC ICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** en el Departamento de Cu dinamarca.

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

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 05 SET. 2008

ZORA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud

Vo.Bo **DRA. MARIA ISABEL SERRANO RANGEL**
Oficina Asesora de Asuntos jurídicos

Vo.Bo. **DR. JUAN PABLO RUANO FREIRE**
Dirección Desarrollo de Servicios

Proyectó: Alcira Romero

CUNDINAMARCA
corazón de colombia

CU D AMARCA
Secretaría de Salud
Departamento de
N IN

RESOLUCION No. 25 3135 DE 2008

(05 SET. 2008)

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

LA SECRETARIA DE SALUD
ERA

En uso de sus facultades legales conferidas por las Resoluciones Nos. 0285 de febrero 7 de 1989, 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSID NDO : **NDACION**

Que **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.1.030.526.895 DE BOGOTA, D.C.,** ha solicitado inscripción para ejercer como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, TITULO** que le otorgó **LA FU ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA "FUNCA", BOGOTA, D.C., SEGÚN ACTA DE CAPACITACION, DE FECHA 17 DE JUNIO DE 2006.**

Que **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA**, se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, a Nivel Nacional, mediante **RESOLUCIÓN No.10858, DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2006,** expedida por **LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA, D.C.**

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.1.030.526.895 DE BOGOTA, D.C.,** para ejercer como **TECNICO LABORAL EN 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.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 05 SET. 2008

ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud

Vo.Bo. **DRA. MARIA ISABEL SERRANO RANGEL**
Oficina Asesora de Asuntos jurídicos

Vo.Bo. **DR. JUAN PABLO RUANO FREIRE**
Dirección Desarrollo de Servicios

Proyectó: Alcira Romero

ND MARC
zó b
2
8

cu INA A
cora n de colom ia

SUPERMERCAD 39AM 1

DE : AGROQUICO LTDA NO. DE TEL 7268 28 MAY 2009 09. P

SA

n

Secretaría Salud gotá

T

Resolució No 10858 *de* 11/12/2006

Secretaría Distrital de de Bo D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el erritorio Nacional

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO a

Que el(la) señor(a) GARCIA MEDINA CARLA JOHANA identificado(a) con CC número 1030526895 expedida en BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA en la ciudad de BOGOTA, contenido en el libro 2 Folio 6G ño 2006

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante est a cumple con los requisitos establecidos en las normas l

RESUELVE:

Que en virtud de lo exp utorizar GARCIA MEDINA CARLA JOHANA entificad expedida e BOGOTA D.C para desempeñarse erritorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D

ARTI SEG Para poder ejercer la profesión en zona ge do la persona debera nscribi su nombre id o(a) con CC **ARTICULO PRIMERO:** número 1030526895 laborar con ejercer el control y vigilancia como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el T ,C.

CULO UNDO: Contra la presente resolucion procede el ográfica diferente a donde se autorizo el título o certific Servicios de Salud en los términos establecidos en la Secretaría de Salud del departamento donde va a el fin de que corresponde.

ARTICULO TERCERO: recurso de reposición ante la Direccion de Desarrollo de en el código conten administrativo.

#

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 11/12/2006

ORIGINAL FIRMADO POR

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA I A PRIETO VANEGAS

Directora de Desarrollo de Servicios

Bogotá, D.C. 26/12/2006

A la fecha notificado personalmente al señor (a) Carla Johana García

CC. 1.030.526.895.

Firma

Bogotá sin indiferencia

Elaboro :Victor Sánchez
Revisó : Adriana Lozano

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar | Registrarse | Ayuda

ReTHUS

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

Tipo de Identificación * | Número de Identificación * | Primer Nombre * | Primer Apellido

Cedula de Ciudadania | 1030526895

Confirme los números de la Imagen *

Cam

8235

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2022-07-25→10:07:50 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1030526895	CARLA	JOHANA	GARCIA	MEDINA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 01 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 (senor(a) CARLA JOHANA GARCIA MEDINA identificado(a) con CC 1030526895 registra La siguiente información:

2022-07-25→10 7:50 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesion u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2006-12-11	10858	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).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá +57(1) 3305043 Resto del pais: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE CUNDINAMARCA

CERTIFICA QUE:

GARCIA MEDINA CARLA JOHANA

C.C. 1030526895

Cursó y aprobó la capacitación de formación en:

Atención inicial de víctimas de ataques con agentes químicos

Con una intensidad horaria de 120 Horas, realizado en Soacha, en el mes de Octubre de 2024

Dr. JORGE ARTURO SUAREZ SUAREZ
C.C. 79.2[illegible] de Bogotá
MEDICO CIRUJANO
U. NACIONAL DE COLOMBIA
Reg. 02404-90

Dr. Carlos Quijano Arturo mayo. Ta
Urgenciólogo.

Dr. turo Jorge Su Suárez árez.
ctor C Dire. ientífico

HOSPITAL REGIONAL DE CUNDINAMARCA

CERTIFICA QUE

GARCIA MEDINA CARLA JOANA

C.C. 1026895305

Curso aprobó formación en

Atención al Usuario y Calidad en Salud Víctimas de violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 40 Horas, realizado en Soacha, en el mes de Septiembre de 2021.

Dr. Carlos Arturo Quijano Tamayo.
Urgenciólogo.

Dr. Jorge Arturo Suarez Suárez
Director Científico.

DR. JORGE ARTURO SUAREZ SUAREZ
C.C. 79298.944 de Bogotá
MEDICO CIRUJANO
NACIONAL DE COLOMBIA
Reg. 09404-90

SHOPTA CANDIDUL C ER DE
C UNDINRMA C

ICERTQUCA

GARCIA MEDINRLCA AJOH NA

C.C. 1030526895

C ó y aprs bó la acc n de f ió c orena ión

G i´ del duelo.

Con una intensidad horaria de 40 Horas, realizado en Soacha, en el mes de Septiembre de 2021.

Rodrigo A Aragon D.

Dr. Rodrigo Alberto Aragón Daza.
Psicólogo.

Dr. JORGE URO SUAREZ SUA Z RE
C.C. .298.944 de Bogotá
MEDICO CIRUJANO
U. NACIONAL DE COLOMBIA
Reg. 02404-90

Dr. Jorge Arturo Suárez Suárez.
Director Científico.

LA .S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

E.S.E HOSPITAL

C RTIEICA QUE:

carla johana garcia medina

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9.73

JELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 13, 2022

COOPSIN

A AD ASOC ADO
IC I E S

COOPER TIV E TRABAJO I
SERV IOS NT GRALE
NIT. 830.123.989-8

REPRE AN E A D OP

EL SENT T IEG E CO SIN

RTI

CE FICA

a KARLA IA MED A ada cédu
6 ota u. se nte
in ind m contr
de ub
as AR N RM RIA

que Rene ABC IM identific con a de ciudadanía No. 1 030.52 .895 de Bog presto s s rvicios al fre Hospital Cardiovascular del N o de C , la parca con un ato de prestación de servicios desde el 1 Oct re de 2.007 al 5 de Julio de 2.008. Cumpliendo tare especi cas como AUXILI DE E FE E

La esente se expide a solicitud de l ex - asociada, a los cuatro (4) días del mes de Septiembre de 2.008 en Soacha.

RIC RDO PE IC AS IL
4 36
p Leg

A R OC LA
CC. No. 9 38 .5 de Bogotá
Re resentante l al

E

II

E.S.E. HOSPITAL Mario Gaitán Yanguas de Soacha	FORMATO SOLICITUD CERTIFICACIÓN CONTRATOS DE ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gestión Jurídica	CÓDIGO	JUR-FTO-19
		VERSIÓN	1
		VIGENCIA	01/03/2021

FECHA ENTREGA: Después de los Ocho (8) días hábiles contados a partir de la radicación, los cuales se cumplen el :

FECHA DE RADICACIÓN : 05-07-2021

NOMBRE Y APELLIDO: Karla Garcia mecha

NUMERO DE DOCUMENTO: 1030526895 6

CORREO ELECTRÓNICO: Carajis20@gmail.com

NUMERO DE TELÉFONO : 3 41 2

		FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	EN EJECUCIÓN
NÚMERO Y AÑO CONTRATO:	2021	01/08/2021	27/12/2021	
NÚMERO Y AÑO CONTRATO:		D /M / A	D /M / A	
NÚMERO Y AÑO CONTRATO: CO RATO		/ /	D / /	
NÚMERO Y AÑO NT :		D / / A	/M / A	

INDICAR SI LA CERTIFICACIÓN SE REQUIERE CON OBLIGACIONES ESPECIFICAS

SI: NO: X

OBSERVACIONES : En caso de requerir más periodos y/o más contratos, favor indicar a partir de qué año ejemplo: certificar contratos a partir del 2014 a la fecha, en el siguiente espacio:

FIRMA Y No. CEDULA SOLICITANTE

NOTA IMPORTANTE : FAVOR DILIGENCIAR ESTE FORMATO DE FORMA CLARA, LEGIBLE Y COMPLETA, CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LA SOLICITUD