Soacha, 22 de AGOSTO 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: ANGELA PATRICIA VACA

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga 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,

Angela Patricia Vaca

ANGELA PATRICIA VACA
CC: 1010176326
Dirección: CR 36ª # 15ª – 34
Email: angelapatricia101004@hotmail.com
Teléfono/ Celular: 3228574117

ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ

Celular: 3228574117



DATOS PERSONALES

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	Bogotá, 02 Mayo de 1988
DIRECCIÓN RESIDENCIA	cra 36ª n 15ª-34-Cuidad verde soacha
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA	angelapatricia101004@hotmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Persona con conocimiento en cuidados de Enfermería con mayor énfasis en el área de promoción y prevención de la salud, con amplios conocimientos en gestión del riesgo en el ambito familiar,enfermedades de prevalencia en niños y en adultos,planificaion familiar,vacunación,entre otros temas relacionados con el área de la salud publica. Me caracterizo por ser una persona honesta, responsable, respetuosa, trabajadora, entusiasta, capaz de trabajar en grupo,perseverante, enfocada hacia el logro de las metas y con una clara visión de mis objetivos futuros.

HABILIDADES

- Alto grado de responsabilidad y compromiso.
- Disposición y conocimiento para trabajar en equipo.
- Capacidad de adaptación y motivación al cambio.
- Excelente manejo de relaciones interpersonales.

FORMACIÓN BÁSICA Y SECUNDARIA

INSTITUTO TECNICO GRAN COLOMBIANO
Bachiller Académico 2004

FORMACIÓN TECNICA Y PROFESIONAL

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA
Técnico Auxiliar en Enfermería 2006
Tarjeta Profesional Nº 1010176326
Secretaria de Salud
Curso Pai

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANSISCO JOSE DE CALDAS
Diplomado en Atención al menor en Pre-escolar 2006

SENA
Curso Salud Ocupacional-40 horas
Curso sistemas-40 horas
Curso Ingles-40 horas
Curso pai actualizado 2017

FUNDACION JOSE VICENTE CARO
Capacitacion,vigilacia-riesgo en el ámbito familiar

COORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
Trabajo Social
1 semestre

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
Secretaria de salud
Capacitacion de Lepra-Tuberculosis Marzo 2014

EXPERIENCIA LABORAL

SECRETARIA DE SALUD SOACHA
Dr. Jesús Cotes- Director Salud Publica
Mayo-junio 2008

EMPRESA DE SALUD SOACHA (E.S.E)
Dra. Gloria Córdoba –Gerente E.S.E
Jefe directa: Luz Adriana Lopez
Tel:3003601012
Octubre-Diciembre 2008
Julio-Agosto 2009

EPS' S CONVIDA
Dr Rafael torres-sub gerente técnico
Jefe directa-Carolina Leal
Tel 3132383355
Enero 5 de 2013-Julio 30 de 2014
Cargo desempeñado:promotora de salud en el municipio de Soacha, promoción y prevención de salud

EMPRESA DE SALUD DE SOACHA (E.S.E)
Dra.Gloria Cordoba-Gerente general
Jefe directa: Carolina Leon-Enfermera Jefe coordinadora equipo extramural
Tel:3214129890
Septiembre-Diciembre de 2014
Febrero-Noviembre 2015
Cargo desempeñado: vacunadora extramural del municipio de Soacha a toda la población objeto PAI

EPS'S ECOOPSOS
Jefe directa-Yudy Garzon
Tel:3115110045
Oficina Soacha
Marzo-Junio 2016
Cargo desempeñado:promotora de salud en el municipio de Soacha, promoción y prevención de salud

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
Jefe Lorena Bocanegra- Referente pai
Junio 16 de 2016 –Enero 2020
7329230
Cargo desempeñado: vacunadora extramural del municipio de Soacha a toda la población objeto PAI

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
-Jefe Diana garcia-referente PAI
Marzo- diciembre 2020
-Jefe Erika Cifuentes-coordinadora vacunación covid-19
Marzo-junio 2021
-Jefe Yolima Huertas-Referente PAI
Julio- Junio 2022
Tel: 7306060 ext:2032
Cargo desempeñado: Prestacion de servicios de apoyo a la gestión para los procesos de vigilancia a la salud publica de la secretaria de salud, dentro de las funciones destacadas realice: Apoyo a jornadas de salud, verificación al cargue del aplicativo PAI WEB,seguimientos a cohortes de la población objeto PAI,búsqueda activa comunitaria de población con algun tipo de necesdad en salud, realización de investigaciones epidemiológicas de campo, caracterización de colegios, jardines infantiles,hogares geriátricos y demás instituciones donde se solicitara asistencias de socialiazcion de vacunación, asistencias técnicas a IPS para seguimiento del cumplimiento normativa PAI.

REFERENCIAS PERSONALES

CARLOS JULIO RUIZ ROJAS
ANALISTA TECNICO AUTOMOTOR
Cel: 3203475522

DIANA MARTINEZ
JEFE DE ENFERMERIA-GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
Tel: 3005939012

JUAN CARLOS RUIZ
PATRULLERO DE LA POLICIA NACIONAL
Cel: 3229441358

Angela Patricia Vaca R.

ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ
CC. No. 1010176326 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.176.326**

VACA RAMIREZ

APELLIDOS

ANGELA PATRICIA

NOMBRES

Angela Patricia Vaca R.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-1988**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-MAY-2006 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00242537-F-1010176326-20100624 **0022**466563A 1 34653190

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 203404956

WEB
19:45:31

Bogotá DC, 21 de agosto 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) ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010176326:

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 domingo 21 de agosto de 2022, a las 19:47:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1010176326
Código de Verificación	101017632622082119475 3

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:50:37 PM horas del 21/08/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1010176326**
Apellidos y Nombres: **VACA RAMIREZ ANGELA PATRICIA**

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.arair-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

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, 21/08/2022 08:55:52 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1010176326** y Nombre: **ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ.**

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. **39772929** . 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743924646

(415)7707212458884(8020) 000001474392464 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 0 1 7 6 3 2 6	9	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	1010176326	2 0 0 6 0 5 1 8

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
VACA	RAMIREZ	ANGELA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 15 A 34 TO 10 AP 203 CON POMELO BRR CIUDAD VERDE

42. Correo electrónico angelapatricia101004@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 8 5 7 4 1 1 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 6 0 6 0 1	8 6 9 9	2 0 1 6 0 6 0 1				

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 07 - 13 / 12 : 03: 15

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 VACA RAMIREZ ANGELA PATRICIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 13-07-2022 12:03:20PM

Documento firmado digitalmente

	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:	2022-08-22	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VACA	RAMIREZ	ANGELA	PATRICIA

TIPO DE IDENTIFICACION					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP		1010176326	BOGOTA	2006-05-16
PASAPORTE		OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1988-05-02	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)		1	1	3228574117

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 36A N 15A-34	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
ANGELAPATRICIA101004@HOTMAIL.COM		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADO

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO			
SOCIO	CONTRATISTA	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		CUAL:	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA. . . .			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI		IVA	SI	NO		
	NO X		ICA	SI	NO	PRINCIPAL:	CUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE			AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO			SI / NO		SI / NO

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT	800006850-3
	GOBIERNO	SERVICIO	SALUD				

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETIC FINANCIE TRANSPO TECNOL A ALIME S MEDICAM S

OTRA CUAL.

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contratante y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CRUZ	ARACELIS	MENA	PADILLA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
PORTAL DE LA ALAMEDA-SAN MATEO	SOACHA	AMIGA	3204814369

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
AV VILLAS	CUENTA DE AHORROS	713716491	SOACHA	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ☐ ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTR ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

	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 Único Tributario RUT
3. Fotocopia Inscripción en el Rut.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliado 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 requerría de una autorización de su titular, la cual provenga de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndese 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 acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con le 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 jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo 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.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la 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 e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)
9. 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.

Angela Patricia Vaca P.

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el (la) señor(a) ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ identificado(a) con Cedula Ciudadanía 1010176326, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente / contrato de prestación según información con1enida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210331	No Registrada

El presente certificado se expide a soficitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de agosto de 2.022

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER—AFI 19488713

VIGILADO Supersubsidio

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ identificado(a) con C.C No. 1.010.176.326, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 21 de agosto del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Vaca	Ramirez	Angela Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1010176326	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 02 MES 05 AÑO 1988

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 36 A 15 A 34 TORRE 10 APTO 203 CUIDAD VERDE

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO 3228574117 EMAIL angelapatricia101004@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	12	AÑO	2004

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	4	X			12	2006	1010176326
PREGRADO	4	X		TECNICA PROFESIONAL EN	11	2006	1010176326

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 SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7306060	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	03	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 13 N 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*					

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	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	9

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 22-Agosto-2022

Angela Patricia Vaca R.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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, Angela Patricia Vaca Ramirez

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1010176326 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 36 A 15 A 34 TORRE 10 APTO 203 CUIDAD VERDE TELÉFONO: 3228574117 7809088

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **X** **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
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$0

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

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

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** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL 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	
Angela Patricia Vaca R	Soacha - 22-Agosto-2022.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAP

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

Soacha, 22 de agosto de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Ángela patricia vaca Ramírez, identificado(a) con cedula No. 1010176326 De Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: auxiliar de enfermería, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

Angela Patricia Vaca R

C.C. 1010176326.

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, 22 de agosto de 2022

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

Yo Ángela patricia vaca Ramírez, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.010.176.326 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,

Angela Patricia Vaca R

C.C. No. 1010176326 de Bogotá

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

ARL AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Ángela patricia vaca Ramírez

Nº Documento: 1.010.176.326

Fecha de Nacimiento: 02 de mayo de 1988

Dirección: CRA 36ª N 15ª-34

Teléfono. Fijo – Celular: 3 22857 4 1 1 7

E-mail: angelapatricia101004

EPS: compensar

AFP: porvenir

Firma Contratista: Angela Patricia Vaca R

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

EMPLEADO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Identificacion:	800006850
Número Afiliación:	215221
Razón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Nombre:	ANGELA VACA RAMIREZ
Tipo de documento:	CÉDULA
Número de documento:	1010176326

DATOS DEL CONTRATO

Nit Empresa en Misión:	0
Nombre Empresa en Misión:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E
Código Sucursal:	SUCURSAL 3
Nombre Sucursal:	ESPECIALISTAS
Codigo Centro de trabajo:	CTRAB 003
Nombre Centro de trabajo:	GENERAL
Tasa de Riesgo:	2.436
Número contrato:	9505
Fecha Inicio contrato:	26/08/2022
Fecha Fin contrato:	31/10/2022
Tipo de Contrato	ADMINISTRATIVO
Valor del Contrato:	8712000
Estado del Contrato:	VIGENTE

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

Soacha 22 de agosto de 2022

Señores:

Escuela de salud teresa de Calcuta

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo _Ángela patricia vaca Ramírez_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:

Técnico auxiliar de enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: Ángela patricia vaca Ramírez

_N° Documento 1.010.176.326

_Tarjeta Profesional N° 1.010.176.326

Dirección de contacto: CRA 36ª N 15ª 34

Teléfono: 3228574117

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

Yo, Ángela patricia vaca Ramírez, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.010.176.326, 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: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • 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

Para constancia se firma en Soacha, a los _____

Angela Patricia Vaca F

Firma y huella

3228574117

Celular No.

Correo institucional

COVID-19	1	21/2/21	Sinovac	E2021 02011	ESE Municip	Pedro 20	1053673427
	2	29-4-21	Sinovac.	K2021 0311.	ESE municipal.	Arjela.	34673616

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1						
	2						
		21/02/22	Pfizer	2109 61	ESE Municipal	carlos Ramirez	79831997

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Angela Patricia
Apellidos: Vaca Ramirez
Documento de identidad: C.C. / T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1010176326
Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 05 Año 1988

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Angela patricia
Apellidos: vaca Ramirez
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1010176326
Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 05 Año 1988

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica			
Toxoide Tetánico - Diftérico (TD)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrabica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	25 Junio 2020		
14-10-21			MENVEO 1 dosis (0,5 mL) Polvo para solución inyectable Componente filtral Uso IM. Cons.: +2°C y +8°C. No congelar.	
Otras				

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Angela Patricia

Apellidos: Vaca Ramirez

Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 1010176326

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

AVENIR VACUNACIÓN

Certificado de Vacunación

Institución

Nombre: ANGELA PATRICIA VACA

Identificación: 1010176326 Tel.

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HEPAB	1VA	30-12-20	AHBVC8228AB	
HEPAB	2DA	05-02-21	AHBVC8228AB	
HB 3ERA	30 JUN 21	AHBVC8228AB		

Biológico	Dosis	Fecha	y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	Febr-1-16	D2266	Este M
	4	Agosto 2016	D2277	Yenny A.
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2	29-03-16	UN3C19	
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		Febrero 2015	L0600WSESE	
Contra Influenza		15-09-16	N3B87	U Yenny A
Otras	VPH	Mayo 3 2016	Este Municipio	

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	U	26-5-2016	1552 Sanofi.	Yenny Anaya
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano			boostrix™ LOT/EXP:	
11/Mon/11 U	DPTaC		AC37B177AC 04-2017	Yenny Anaya

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaria de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Angela Patricia
Apellidos:	Vaca Ramirez
Documento de Identidad:	CC X TI PASAPORTE No. 1010176326.
Fecha de Nacimiento:	Día: Mes: Año:

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Angela Patricia
Apellidos:	Vaca Ramirez.
Documento de Identidad:	C.C. T.I. Pasaporte No.
Fecha de Nacimiento:	Día Mes Año



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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaria de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Angela Patricia
Apellidos:	Vaca Ramirez
Documento de Identidad:	CC X TI PASAPORTE — No. 1010176326
Fecha de Nacimiento:	Día: Mes: Año:

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Angela Patricia
Apellidos:	Vaca Ramirez.
Documento de Identidad:	C.C. T.I. Pasaporte No.
Fecha de Nacimiento:	Día Mes Año

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 CARRERA 6 # 13A-15
SOACHA- SAN LUIS TELEFONOS: 8410422 - 3003817785 www.laboratoriogael.com – medicinaocupacional@laboratoriogael.com

Consecutivo: 714



Nombre: ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ

Identificacion: CC 1010176326

Empresa: INDEPENDIENTE

Cargo a desempeñar AUXILIAR DE ENFERMERIA

Edad: 34 años y 1 meses. Fecha nacimiento: 02/05/1988

Examen para: INGRESO **Fecha Valoración:** lunes 11 de julio de 2022

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 EPP/Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral/Higiene postural.*
2. *Uso de Corrección Optica para Laborar.*
3. *Valoración por nutrición de EPS.*
4. *P.V.E Riesgo Biologico*
5. *Cuidados e higiene de la voz.*

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 2005 CONCEPTO EXPEDIDO AGREGANDO LOS CRITERIOS DEL DECRETO 636 DE 2020 ARTICULOS 3 Y 4. (EMERGENCIA SANITARIA SARS COV-2) Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017 Este es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación escaneando el QR o a los Telefonos: 8410422 WhatsApp 3003817785 con N° Consecutivo.

VER ANEXO VALORACION OSTEOMUSCULAR AL RESPALDO

Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional
LIC. S.O. - 006290/96

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Angela Patricia Vaca R

FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 1010176326

	Articulación a evaluar	ROM	CONCEPTO VALORACION
Concepto articular	COLUMNA VERTEBRAL	FLEXIÓN	VALORACION CERVICAL SIN ALTERACIONES/ DORSOLUMBAR Y SACRA SIN ALTERACIONES
		EXTENSIÓN	VALORACION CERVICAL SIN ALTERACIONES/ DORSOLUMBAR Y SACRA SIN ALTERACIONES
	MIEMBROS SUPERIORES	SIN ALTERACIONES FLEXION/EXTENSIÓN	
	MIEMBROS INFERIORES	SIN ALTERACIONES FLEXION/EXTENSIÓN	
Desempeño muscular	Fuerza (f) y retracción (R) muscular	GENERAL	CALIFICACIÓN FUNCIONAL
			NORMAL
		LATERAL	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
		FRONTAL	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
		POSTERIOR	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
Normal	Alcanza la amplitud total disponible de movimiento contra la gravedad y es capaz de mantener una resistencia máxima.		

Nombre: ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ **Consecutivo:** **714**

Identificacion: 1.010.176.326

AGUDEZA VISUAL OD L 20/20 OI L 20/20 34 años y 1 meses.

C NORMAL NORMAL

VALORACION TABLA DE SNELLEN *FILAS DE 1 AL 14* SE RECOMIENDA EL USO DE CORRECCION OPTICA/CONTROL ANUAL

*USO PERMANENTE DE TAPABOCAS. * LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON A NECESIDAD O USO DE GEL ANTIBACTERIAL CONSTANTE. *DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y EN LO POSIBLE TELETRABAJO.*SI TIENE MALESTAR GENERAL,FIEBRE,DOLOR DE GARGANTA Y/O MOCO NASAL, INFORME AL PERSONAL DE SALUD OCUPACIONAL Y AUTO AISLAMIENTO PREVENTIVO.

Quien realiza recepción de datos DR. ROLAND ROJAS G.

ACTUALMENTE NO PRESENTA SIGNOS Y/O SINTOMAS CLINICOS DE ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA RESPIRATORIA, QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD. SE RECOMIENDA CUMPLIR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROGRAMAS OCUPACIONALES PARA EL CONTROL DE CONTAGIO SARS COV-2. TOMA Y REGISTRO PERIODICO DE SIGNOS (TEMPERATURA Y SPO2) Y SINTOMAS. AFEBRIL Y SPO2 MAYOR DE 90%. ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE ACUERDO A LO DISPUESTO POR MINSALUD.

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa
Instituto Técnico Grancolombiano

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura de Soacha
según Resolución No. 039 del 4 de Diciembre de 2003

Confiere a

Ángela Patricia Vaca Ramírez

880502-64798 Bogotá

El Título de
Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994,
según los planes y programas vigentes.

Rector

Julio César Reyes Escobar

Secretaria

Jeimmy Patricia Vargas Gómez

Libro de Registro No. 01
Acta No. 02 Folio No. 02

Dado en Soacha - Cundinamarca, el día 11 de Diciembre de 2004

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
INSTITUTO TÉCNICO GRANCOLOMBIANO

Soacha - Cundinamarca
Jornada Mañana
Transv. 8 No 3-67 Tel. 208 31 68

148
INSCRIPCIÓN S. E.

325754004050
INSCRIPCIÓN DANE

En Soacha -Cundinamarca, a los 11 días del mes de diciembre del año 2004 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos(as) de ultimo grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TÉCNICO GRANCOLOMBIANO, Jornada Mañana. Institución aprobada hasta nueva determinación en el nivel de Educación Media Académica Aprobado por la Secretaría de Educación de Soacha - Cundinamarca para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, segun Resolución No 059 del 04 de Diciembre de 2003.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el

TÍTULO DE
BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y numero del documento de identificacion se relacionan a continuacion

Ángela Patricia Vaca Ramírez

880502-64798 Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 02, folio No. 02 de fecha Diciembre 11 de 2004, que consta de 31 alumnos(as); comienza con el nombre de **Abril Santamaria Sergio Andrés** y cierra con el nombre de **Vaca Ramírez Ángela Patricia**.

Firmado y sellado por:

JULIO CÉSAR REYES ESCOBAR — Rector y
JEIMMY PATRICIA VARGAS GÓMEZ — Secretaria

Dado en Soacha - Cundinamarca, a los once (11) días del mes de Diciembre del año 2004

Firmada y Sellada

JULIO CÉSAR REYES ESCOBAR
Rector
C. C. No. 19.273.199 de Bogotá

JEIMMY PATRICIA VARGAS GÓMEZ
Secretaria
C. C. No. 52.236.377 de Santafé de Bogota

Nota: Según Decreto No. 1024 del 15 de Abril de 1982 No requiere autenticación de firmas

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 7 de mayo de 2004
emanada de la Secretaría de Educación de Soacha (Cundinamarca)

CERTIFICA

QUE: *Vaca Ramírez Angela Patricia*

Cursó y aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley.
Con una intensidad de 1800 horas.

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Técnico

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
EFECTUNOCE ESTE TITULO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES
BOGOTA -5 Marzo- 2007
RESOLUCION N° 250908

Jenny Marcela Galindo
Representante Legal
ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

Rosmy Andrea Cuadros G

ROSMY ANDREA CUADROS GERENA
Directora Académica

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los 15 días del mes de diciembre de 2006

Anotado en el Folio 165 del Libro 1 del registro de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta



ESCUELA DE SALUD
TERESA DE CALCUTA

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de mayo de 2004, Emanada de la Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca).

ACTA GENERAL N° 005

En Soacha (Cundinamarca) el día 23 de junio del año 2006,
se reunieron en el aula multiple de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta,
la Representante Legal, la Directora General, La Directora Académica y el cuerpo de docentes.
Previo juramento de rigor se le hizo entrega a:

ACTA INDIVIDUAL N° 165

Vaca Ramírez Angela Patricia

C.C. 1.010.176.326 de Bogotá, D.C.

El Certificado que lo(a) acredita como:

APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO
AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley

Para constancia se firma la presente en Soacha, (Cundinamarca)
a los 15 días del mes de Diciembre del año 2006

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

ROSMY ANDREA CUADROS GERENA
Directora Académica

Cra. 7 N° 16-35 Tel.: 781 40 19 SOACHA (CUNDINAMARCA)


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
ANGELA PATRICIA
VACA RAMIREZ
C.C. 1010176326
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Expedicion 21/08/2014


COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA
ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 DE 2007

(05 MAR 2007)

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional"

LA SECRETARIA DE SALUD

en uso de sus facultades legales conferidas por la Resoluciones Nos.0285 de febrero 7 y 8211 de 15 de julio de 1989 y el Decreto No. 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

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

Que **ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No.1.010.176.326 DE LA CADELARIA, BOGOTA, D.C.,** solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA,** que le otorgó **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA, SOACHA- CUNDINAMARCA, SEGUN ACTA GENERAL No. 005 DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 2006.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO. Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA,** conferido a **ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No.1.010.176.326 DE LA CADELARIA, BOGOTA, D.C.,** que le otorgó **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA, SOACHA- CUNDINAMARCA, SEGUN ACTA GENERAL No. 005 DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 2006.**

PARAGRAFO. Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional.

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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE 05 MAR 2007

Dada en Bogotá D. C., a los

NUVIA CASTAÑEDA GONZALEZ

Vo.Bo. MARIA ISABEL SERRANO RANGEL
Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos

Vo.Bo. ADRIANA MARCELA GAITAN RODRIGUEZ
Gerente Del Talento De Salud

CONSUELO C. DE LA ROSA

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

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

Imprimir | 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 *: Cedula de Ciudadania

Número de identificación *: 1010176326

Primer Nombre *: angela

Primer Apellido *: vaca

Confirme los números de la Imagen *: 9813

Cambiar

9116

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2022-08-21 8:34:28 PM

Tipo Identificacion	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificacion	Detalles
CC	1010176326	ANGELA	PATRICIA	VACA	RAMIREZ	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 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) ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ identificado(a) con CC 1010176326 registra La siguiente información:

2022-08-21 8:34:28 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	2007-01-31	908	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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).

sura

Certifica que:

ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ

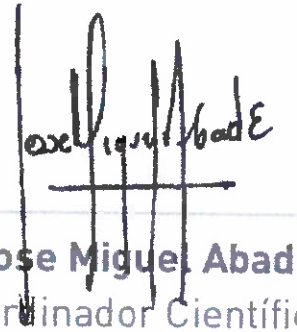
Con número de documento: 1010176326

De la IPS:

Ha participado en el curso virtual:

ación general del tema Atención Integral en Salud, para personas víctimas de Violencia

Fecha: 08 Agosto 2022



Jose Miguel Abad

Coordinador Científico

2015

PRIMARA ACADEMIA BY ARCADIA

Sede de Valencia

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

CERTIFICA QUE:

patricia vaca

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: agosto 22, 2022

CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas de Soacha

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

CERTIFICA QUE:

patricia vaca

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9.82

UELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: agosto 22, 2022

CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

LA EMPRESA SOSCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

patricia vaca

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

Con una intencidad de seis (6) horas.

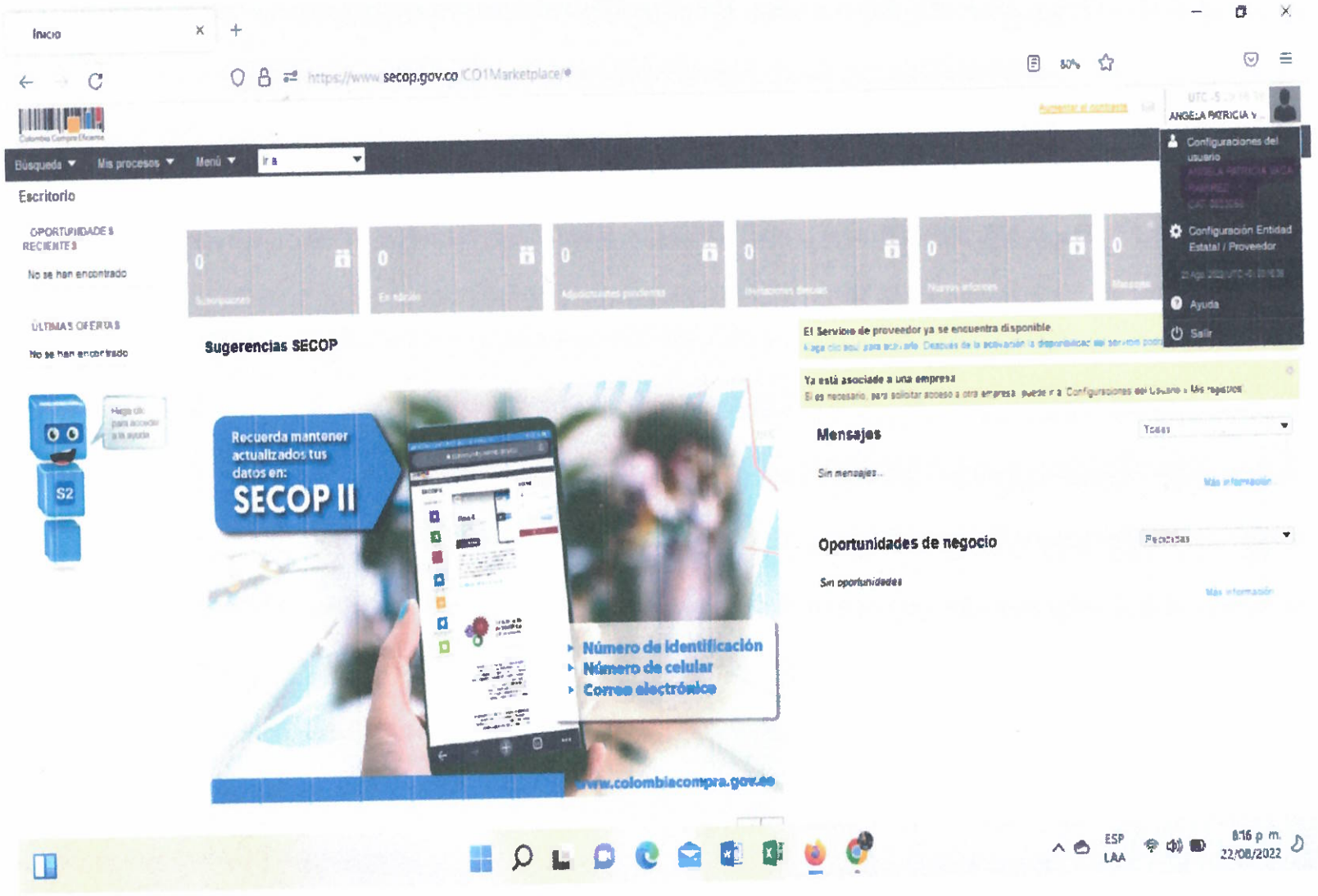
DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO

GERENTE

CAPACITADOR

Fecha de Emisión:agosto 23, 2022

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA


Inicio
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/e
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Sugerencias SECOP
Recuerda mantener actualizados tus datos en:
SECOP II
Número de identificación
Número de celular
Correo electrónico
www.colombiacompra.gov.co
Configuraciones del usuario
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Ayuda
Salir
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible
Ya está asociado a una empresa
Mensajes
Sin mensajes...
Oportunidades de negocio
Sin oportunidades
ESP
LAA
8:16 p. m.
22/08/2022

