Soacha, 27 de JULIO 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: DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO

Cargo: ENFERMERA

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,

Diana Chacón

Nombre del Contratista: DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO
CC: 52762325
Dirección: CL 31 1 90 BQ 3 CA 11
Email: diana2471@hotmail.com
Teléfono/ Celular: 3143956191



DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO
CELULAR: 3143956191
Diana2471@hotmail.com
Calle 31 # 1 -90

PERFIL LABORAL Y PROFESIONAL

Egresada de la Fundación Universitaria Del Área Andina como profesional de Enfermería, Con preparación académica y experiencia en salud pública con una formación y habilidad para liderar grupos vulnerables, trabajo comunitario, con enfoque en el programa de promoción y prevención, que me permiten desempeñarme con responsabilidad en el área de salud.

Personalmente soy una profesional cumplidora con mis deberes, honesta, puntual, amable, eficiente en el desempeño de mis actividades capaz de analizar y plantear soluciones adecuadas a las diferentes áreas administrativas y asistenciales de salud, con disponibilidad para ejercer un cargo en el área de Enfermería.

FORMACIÓN PROFESIONAL

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

PROFESIONAL EN ENFERMERIA
JULIO 2012

SENA Y ACESI

DIPLOMADO EN APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS PARA LA INTEGRACION DE LOS SISTEMAS DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD
03 NOVIEMBRE 2018

EXPERIENCIA LABORAL

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE

Cargo: Enfermera Salud Publica
Tiempo: 13/05/2020 - Actualmente
Teléfono: 3145755607
Jefe Inmediato: Yeinis Arregoces

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE

Cargo: Enfermera Salud Publica
Tiempo: 10/10/2016 - 31/12/ 2019
Teléfono: 3123041592
Jefe Inmediato: Adriana Mariño

FUNCIONES

Cumplir a cabalidad con las actividades conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente y proyectos especiales, dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, definidos por la secretaria de salud, jornadas de salud pública, notificar todos los eventos de interés en salud pública, realizar entrega de soportes oportuno, con calidad y velar por la custodia de los mismos, alistar soportes y presentar auditorias programada tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.

HOSPITAL PABLO VI BOSA

Cargo: Enfermera Salud Publica
Tiempo: 04/09/2012 - 15/08/2016
Teléfono: 3114182962
Jefe Inmediato: Soraya Prieto

FUNCIONES
Gestionar espacios y coordinar acciones y talento humano para realizar acciones en prevención y promoción de la salud. Realizar intervenciones asistenciales, individuales, familiares y/o colectivas de salud pública, coordinar el programa de crónicos, gestantes y salud sexual y reproductiva. Presentar y realizar informes de auditoría en salud ante la secretaría de salud de Bogotá. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la institución y la secretaria distrital de salud. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de las actividades del equipo a cargo

REFERENCIAS PERSONALES

Leidy Paola Huérfano
Celular: 3143124669
Ing. Industrial Lic Universidad Militar

Mildred Pérez
Celular: 3006042074
- Enfermera Jefe

REFERENCIAS FAMILIARES

Arwar Samir Huérfano
Celular: 310 5647712
Mercadólogo, Trade Marketing Postobón SAS

Edwin Chacón Toledo
Celular: 3208560053
Independiente

Diana Chacón

DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO
CC. 52762325 BOGOTA

Para efectos legales las afirmaciones en la presente hoja de vida son veraces y me declaro garante de la información suministrada que puede ser usada para verificación

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.762.325**

CHACON TOLEDO

APELLIDOS

DIANA CAROLINA

NOMBRES



Diana Chacón

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUN-1984**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-JUL-2002 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00446926-F-0052762325-20130708 0033884373A 2 1342371743

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 201602657

WEB
23:10:20

Bogotá DC, 27 de julio del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52762325:

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 miércoles 27 de julio de 2022, a las 23:16:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52762325
Código de Verificación	52762325220727231627

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 11:23:08 PM horas del 27/07/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52762325**

Apellidos y Nombres: **CHACON TOLEDO DIANA CAROLINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail. dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

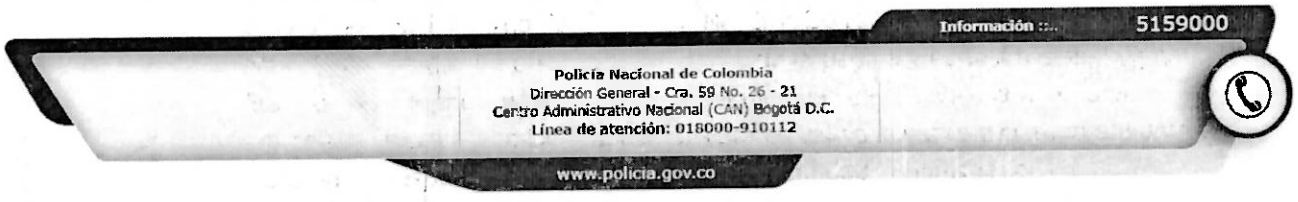
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/07/2022 12:24:39 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52762325** y Nombre: **DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO.**

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. **38020416** . 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



HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.762.325, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintiocho (28) días del mes de julio del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14856989562

(415)7707212489984(8020) 000001485698956 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 6 2 3 2 5	7	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	52762325	2 0 0 2 0 7 3 0

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
CHACON	TOLEDO	DIANA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. P	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COL JIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 65 H SUR 77 I 03 AP 202 BRR LA ESTACION BOSA

42. Correo electrónico: diana2471@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 3 9 5 6 1 9 1	3 1 0 5 6 4 7 7 1 2

CLASIFICACIÓN

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

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	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 - 08 - 30 / 16 : 30: 51

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 CHACON TOLEDO DIANA CAROLINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF. 30-08-2022 04:31:43PM

CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

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

FECHA:	2022-07-27	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 Politicas 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
CHACON	TOLEDO	DIANA	CAROLINA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52762325	BOGOTA	2002-07-30
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1984-06-12	BARRANQUILLA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A) X	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)	3	3	3143956191

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 31 1 90	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	NO TENGO

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
diana2471@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
HUERFANO	SANCHEZ	ARWAR	SAMIR

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	79976825	BOGOTA	1998-08-20	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA. SI X NO	NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO		
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO	CUAL:	
ESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA:			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI	NO X	8299	
		NO X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

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

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

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

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13# 9 - 97	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERA	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	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 800.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 3.700.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 2.500.000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 20.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 600.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 3.700.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.400.000	TOTAL ACTIVOS	$ 20.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 2.500.000

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
PEREZ	GARCIA	MILDRED	YURANNY
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
KR 78 35 24 SUR	BOGOTA	AMIGA	3006042074

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS	456870058629	SOACHA	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO X

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 ☐ OTRA ☐ 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.)

ENFERMERA

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 licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo 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	06/07/2022

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 Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a. a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre 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

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

Diana Chacón

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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) DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO identificado(a) con Cedula Ciudadania 52762325, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Julio de 2.022

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN 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: PORTAL CORPORATIVO;
19490166

CER-AFI

VIGILADO Supersubsidio

VIGILADO Supersalud

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO identificado(a) con C.C No. 52.762.325, 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 28 de julio 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 C.

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
CHACON	TOLEDO	DIANA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 52762325

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO: D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 12 MES 06 AÑO 1984

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: ATLANTICO

MUNICIPIO: BARRANQUILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CALLE 31 2 90 SAN MATEO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

TELÉFONO: 6358922 EMAIL: dianachacon335@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11 X°	MES	12	AÑO	2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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
	X			X			X		

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED SUROCCIDENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3747474	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	05	*Año* 2020	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7560505	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	10	*Año* 2016	*Día*	17	*Mes*	09	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 9 39 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PABLO VI BOSA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7799800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	09	*Año* 2012	*Día*	15	*Mes*	08	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 78 A 69 B 76 S						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	12

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI__NO X__ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento *SOACHA, 27 DE JULIO DEL 2022*

Diana Chacón

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, DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 52762325 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CALLE 31 2 90 SAN MATEO TELÉFONO: 3143956191 / 6358922

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LAURA VALENTINA HUERFANO CHACON	1010760267	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$3.660.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$3.660.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	456870058629	SOACHA	0,1

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
ARWAR SAMIR HUERFANO SANCHEZ	C.C. **X** C.E. T.I.	79976825

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

Diana Chacón

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOACHA,27 DE JULIO DEL 2022

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

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

Soacha, 2 7 de JULIO de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO, identificado(a) con cedula No. 52762325 de BOGOTA, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: ENFERMERA, 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,

Diana Chacón

DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO

C.C.52762325 DE BOGOTA

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, 27 de JULIO de 2022

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

Yo DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 52762325 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:** 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,

Diana Chacón

DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO

C.C. No. 52762325 de BOGOTA

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

ARL SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO

Nº Documento: 52762325

Fecha de Nacimiento: 12 / 06 / 1984

Dirección: CALLE 31 # 1 – 90 BQ 3 CA 11

Teléfono. Fijo – Celular: 3143956191

E-mail: diana2471@hotmail.com

EPS: COMPENSAR

AFP: COLFONDOS

Firma Contratista: Diana Chacón

.....

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.

Medellín, 01 de septiembre de 2022

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 52762325 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/09/2022 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2022

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 01/09/2022 4.06 PM

Dirección IP: 190.25.235.60, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Soacha 27 DE JULIO 2022

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO 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:

ENFERMERA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Diana Chacón

N° Documento 52762325

Tarjeta Profesional N° 36744

Dirección de contacto CALLE 31# 1 -90

Teléfono 3143956191

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

Yo, DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO, identificado (a) con cédula de ciudadanía número, 52762325 expedida en BOGOTA, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y 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
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Para constancia se firma en Soacha, a los 27 DIAS DEL MES DE JULIO DEL 2022

Diana Chacón



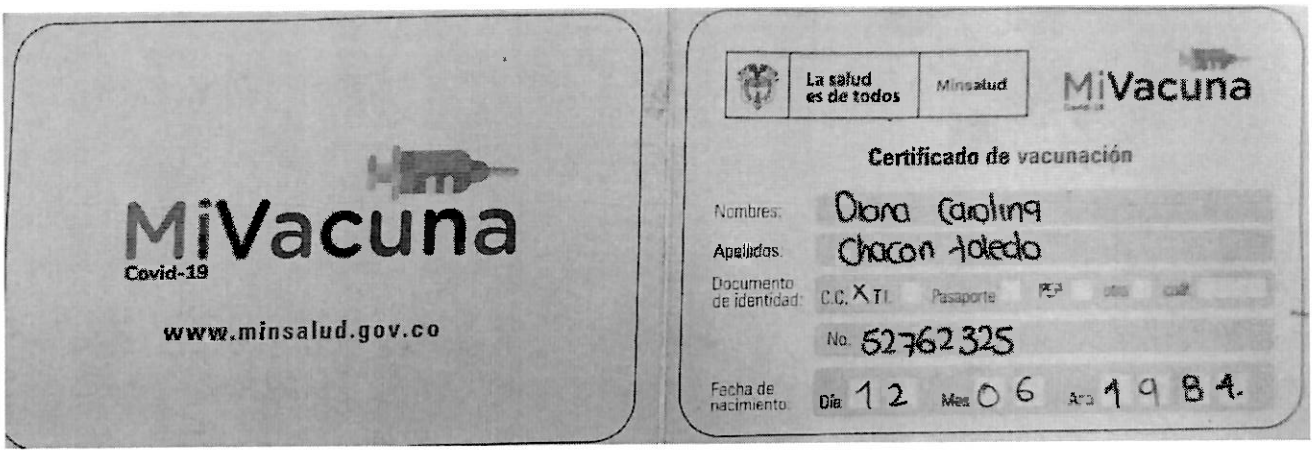
Firma y huella

3143956191

Celular No.

Diana2471@hotmail.com

Correo institucional



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Diana Carolina

Apellidos: Chacon Toledo

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

No. 52762325

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 06 Año 1984

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	04-03-21	Pfizer	EN1195 30-06-21	UMHE, Fontibon	Claudia Mohecho	52'960.206 de Bta
	2	25-03-2021	Pfizer.	EN1195 30-06-21	UMHE Fontibon.	Yeimy Rojas	53891515 Soacha.
	3	18/02 2022	PFIZER	210961	Terminal Sur		

Escaneado con CamScanner

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: Diana Carolina

Apellidos: Chacon Toledo

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52762325

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 06 Año 1984

Escaneado con CamScanner

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

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **01/08/2022 16:01:00** Empresa **CONVENIO PARTICULAR 001**

Nombre **DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO**

Cargo **ENFERMERA** Doc. Identidad **CC 52762325**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS:

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 OPTOMETRIA	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	(X)	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	(X)	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	(X)	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	(X)	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	(X)	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	(X)	( )	( )	( )

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonomico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI ( ) NO (X) ARL SI ( ) NO (X) EPS SI ( ) NO (X)

RIESGO CARDIOVASCULAR Bajo
OPTOMETRIA. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DE PROTECCION VISUAL Y/O (MONOGAFAS DE SEGURIDAD) A NECESIDAD DE LABOR.(MONOGAFAS DE SEGURIDAD) A NECESIDAD DE LABOR.

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
C C 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC 1030583036 RM RES 11741 DE 09/10/2017

Diana Chacón

Trabajador: DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO
CC 52762325
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Huella dactilar

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Diana Carolina Chacón Toledo

C.C. No. 52.762.325 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D. C., 13 de julio de 2012

Rector

Secretario General

Director

Folio 179 Registro 32668 Fecha: 13 de julio de 2012

Scanned by CamScanner

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 586

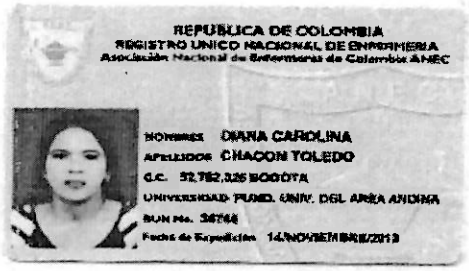
En Bogotá D C., el 13 de julio de 2012 a las 10:00 horas, convocados por Resolución 011 de la Rectoría Bogotá del 6 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, doctor José Leonardo Valencia Molano, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Edgar Orlando Cote Rojas y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO** con cédula de ciudadanía Número 52762325 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en libro de registro de títulos Tomo 6, Folio 179, numero 32668

JOSE LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector Bogotá
EDGAR ORLANDO COTE ROJAS, Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D C., el 13 de julio de 2012.

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

Scanned by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC

NOMBRES DIANA CAROLINA
APELLIDOS CHACON TOLEDO
C.C. 52.762.325 BOGOTA
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA
SUN No. 36764
Fecha de Expedición 14/NOVIEMBRE/2013



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
DIANA CAROLINA
CHACON TOLEDO
C C 52762325
ENFERMERO(A)
Expedicion 04/10/2013

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C

Resolución No **11177** *de* **24/09/2013**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y Resolución No. 0833 de septiembre de 2000, expedida por el Secretario Distrital de Salud y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CHACON TOLEDO DIANA CAROLINA identificado(a) con CC número 52762325 expedida en BOGOTA D.C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A) segun titulo que le otorgó la LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el dia 13/07/2012, acta de grado No 586, Diploma No. 32668 y registrado en el libro 6 Folio 179 año 2012

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el(la)HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - localizada en Bogota D.C., durante el periodo comprendido entre 04/09/2012 y 03/09/2013

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;
Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a CHACON TOLEDO DIANA CAROLINA identificado(a) con CC número 52762325 expedida en BOGOTA D.C para ejercer la profesion de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C a los **24/09/2013**

ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Aprobó: Isabel Cristina Arbeláez
Revisó: Andrea Casas Vargas / Claudia Rosa Gallego
Elaboró: Victor Sánchez

Bogotá, D.C 24-10-2013
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Diana Carolina Chacón
CC. # 52762325
Firma Diana Chacón

Resultado General -2022-07-28 - 3:46:42 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detall
CC	52762325	DIANA	CAROLINA	CHACON	TOLEDO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO identificado(a) con CC 52762325 registra La siguiente información:

2022-07-28 - 3:46:42 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2013-11-14		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2013-09-24	11177	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 país: 018000960020
Horario de atención:

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCUE
NIT 901069117-9
No. Registro Mecantil Cámara de Comercio de Bogotá. S0043796 del 21 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R. No. 03-2017

HACE CONSTAR QUE:

DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO

Identificado (a) con número de cedula No 52.762325

Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

PRIMER RESPONDEDOR A SOBREVIVIENTES POR QUEMADURAS POR AGENTES QUIMICOS

Basado en la resolución 2003 del 2014 y resolución 3100 del 2019 del Min. Protección social Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 20 horas, Realizado en Bogotá D.C 05 – 06 DE OCTUBRE 2021

ACTA No: 013708 Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0018

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.D.C, EL DIA 06 DE OCTUBRE 2021
VALIDEZ 2 AÑOS

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F
ACADEMICA

Leydi J. Laverde
COORDINADORA

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC RESCATE
NIT. 901.069.117

INSTRUCTOR

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas de Soacha

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

CERTIFICA QUE:

DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO

Realizó el curso de:

CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

SANDRA MILENA DUARTE CASTRO
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: agosto 1, 2022

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas de Soacha

CERTIFICA QUE:

DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

JORGE HERNANDEZ
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 30, 2022

CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

Gobernación de Cundinamarca

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

CERTIFICA QUE:

DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,91

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 30, 2022

CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

Gobernación de Cundinamarca

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO; con documento de identidad No, 52762325 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2013	1928	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	24/09/2013	31/12/2013	$4000000	PABLO VI
2	2014	1138	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	02/01/2014	31/08/2014	$4000000	PABLO VI
3	2014	2811	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	01/09/2014	30/09/2014	$4000000	PABLO VI
4	2014	3624	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	06/10/2014	31/12/2014	$4000000	PABLO VI
5	2015	1134	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	02/01/2015	31/12/2015	$4000000	PABLO VI
6	2017	SO-0325	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	01/07/2017	31/08/2017	$2.950.000	PABLO VI
7	2017	SO-0325	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	01/09/2017	31/10/2017	$5.900.000	PABLO VI
8	2017	2-0244	ENFERMERA	02/01/2017	24/03/2017	$3240000	PABLO VI
9	2017	3-4167	PROFESIONAL EN ENFERMERÖA	17/04/2017	30/06/2017	$3240000	PABLO VI
10	2018	22	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	01/02/2018	31/01/2019	$3070655	sin dato
11	2019	799-2019	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	1/2/2019	28/2/2019	$3070655	SUBRED
12	2019	4761-2019	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	5/3/2019	31/12/2019	$3254894	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
13	2020	4793-2020	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	13/05/2020	31/01/2021	$3570149	SUBRED
14	2021	3905-2021	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	44228	44592	$3627684	SUBRED

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
15	2021	3905-2021	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	01/02/2021	31/01/2022	$3627684	SUBRED
16	2021	3905-2021	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	44228	44592	$3627684	SUBRED
17	2021	3905-2021	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	01/02/2021	31/01/2022	$3627684	SUBRED
18	2021	3905-2021	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	01/02/2021	31/01/2022	$3627684	SUBRED
19	2022	997-2022	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	01/02/2022	20/07/2022	$3736514	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

PROFESIONAL EN ENFERMERIA

1 » Contrato: **1928**
Obligaciones:

PROFESIONAL EN ENFERMERIA

2 » Contrato: **1138**
Obligaciones:

PROFESIONAL EN ENFERMERIA

3 » Contrato: **2811**
Obligaciones:

PROFESIONAL EN ENFERMERIA

4 » Contrato: **3624**
Obligaciones:

PROFESIONAL EN ENFERMERIA

5 » Contrato: **1134**
Obligaciones:

PROFESIONAL EN ENFERMERIA

6 » Contrato: **SO-0325**
Obligaciones:

PROFESIONAL EN ENFERMERIA

7 » Contrato: **SO-0325**
Obligaciones:

PROFESIONAL EN ENFERMERIA

8 » Contrato: **2-0244**
Obligaciones:
9 » Contrato: **3-4167**
Obligaciones:
10 » Contrato: **22**
Obligaciones:
11 » Contrato: **799-2019**
Obligaciones:

specificos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.

12 » Contrato: **4761-2019**
Obligaciones:
13 » Contrato: **4793-2020**
Obligaciones:

Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos diatritales, estándares institucionales y portafolio de ervicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS. * Desarrollo de Acciones Itinerantes en el Espacio Público, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred, Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización, Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas, Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud, Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud., Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. *Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a

las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). *Realizar actividades de contención y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.

14 » Contrato: **3905-2021**

Obligaciones:

1. Aporte a la construcción del protocolo e instrumentos para el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de adolescentes gestantes. 2. Realizar socialización del protocolo e instrumentos definidos en la estrategia. 3. Realizar asesoría y asistencia técnica a las instituciones asignadas y actores definidos para la vigilancia. 4. Realización de investigación epidemiológica de campo a adolescentes gestantes priorizadas. 5. Búsqueda activa de casos reincidentes de embarazo en adolescentes. 6. Elaborar informe mensual que dé cuenta de las acciones realizadas en el proyecto. 7. Articulación con el PDA de SSR, el grupo Funcional Materno Perinatal, Análisis Demográfico y Territorios Saludables. 8. Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso. 9. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud. 10. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del Modelo de Atención. 11. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervenciones colectivas. 12. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 13. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene. 14. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 15. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización. 16. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación. 17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. 17. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. 18. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual. 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

15 » Contrato: **3905-2021**

Obligaciones:

1. Aporte a la construcción del protocolo e instrumentos para el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de adolescentes gestantes. 2. Realizar socialización del protocolo e instrumentos definidos en la estrategia. 3. Realizar asesoría y asistencia técnica a las instituciones asignadas y actores definidos para la vigilancia. 4. Realización de investigación epidemiológica de campo a adolescentes gestantes priorizadas. 5. Búsqueda activa de casos reincidentes de embarazo en adolescentes. 6. Elaborar informe mensual que dé cuenta de las acciones realizadas en el proyecto. 7. Articulación con el PDA de SSR, el grupo Funcional Materno Perinatal, Análisis Demográfico y Territorios Saludables. 8. Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso. 9. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud. 10. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del Modelo de Atención. 11. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervenciones colectivas. 12. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 13. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene. 14. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 15. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización. 16. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación. 17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. 17. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. 18. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual. 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

16 » Contrato: **3905-2021**
Obligaciones:

1. Aporte a la construcción del protocolo e instrumentos para el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de adolescentes gestantes. 2. Realizar socialización del protocolo e instrumentos definidos en la estrategia. 3. Realizar asesoría y asistencia técnica a las instituciones asignadas y actores definidos para la vigilancia. 4. Realización de investigación epidemiológica de campo a adolescentes gestantes priorizadas. 5. Búsqueda activa de casos reincidentes de embarazo en adolescentes. 6. Elaborar informe mensual que dé cuenta de las acciones realizadas en el proyecto. 7. Articulación con el PDA de SSR, el grupo Funcional Materno Perinatal, Análisis Demográfico y Territorios Saludables. 8. Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso. 9. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud. 10. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del Modelo de Atención. 11. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervenciones colectivas. 12. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 13. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene. 14. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 15. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización. 16. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación. 17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. 17. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. 18. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual. 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

17 » Contrato: **3905-2021**
Obligaciones:

1. Aporte a la construcción del protocolo e instrumentos para el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de adolescentes gestantes. 2. Realizar socialización del protocolo e instrumentos definidos en la estrategia. 3. Realizar asesoría y asistencia técnica a las instituciones asignadas y actores definidos para la vigilancia. 4. Realización de investigación epidemiológica de campo a adolescentes gestantes priorizadas. 5. Búsqueda activa de casos reincidentes de embarazo en adolescentes. 6. Elaborar informe mensual que dé cuenta de las acciones realizadas en el proyecto. 7. Articulación con el PDA de SSR, el grupo Funcional Materno Perinatal, Análisis Demográfico y Territorios Saludables. 8. Realizar el

proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso. 9. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud. 10. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del Modelo de Atención. 11. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervenciones colectivas. 12. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 13. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene. 14. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 15. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización. 16. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación. 17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. 17. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. 18. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual. 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

18 » Contrato: **3905-2021**
Obligaciones:

1. Aporte a la construcción del protocolo e instrumentos para el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de adolescentes gestantes. 2. Realizar socialización del protocolo e instrumentos definidos en la estrategia. 3. Realizar asesoría y asistencia técnica a las instituciones asignadas y actores definidos para la vigilancia. 4. Realización de investigación epidemiológica de campo a adolescentes gestantes priorizadas. 5. Búsqueda activa de casos reincidentes de embarazo en adolescentes. 6. Elaborar informe mensual que dé cuenta de las acciones realizadas en el proyecto. 7. Articulación con el PDA de SSR, el grupo Funcional Materno Perinatal, Análisis Demográfico y Territorios Saludables. 8. Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso. 9. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud. 10. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del Modelo de Atención. 11. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervenciones colectivas. 12. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 13. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene. 14. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 15. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización. 16. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación. 17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. 17. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. 18. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual. 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

19 » Contrato: **997-2022**
Obligaciones:

1. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas, criterios de calidad, oportunidad y veracidad. 2. Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o actividades establecidas según y/o según necesidad 3. Realizar activación de ruta oportuna (Canalizaciones) para dar respuesta a los casos identificados. 4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado. 5. Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad. 6. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud). 7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado. 8. Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad. 9. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida. 10. Participar en pre auditoría y auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda. 11. El profesional de la Subred debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad. 12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS. 13. Conocer y ejecutar

los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución. 14. Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna. 15. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. 16. Entregar al referente backup de información en magnético de manera mensual. 17. Verificar y garantizar el adecuado uso de los elementos asignados para el desarrollo de las actividades del talento humano de su subsistema tales como vehículos, Elementos de Protección Personal y equipos y herramientas.

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los veintiocho(28) días del mes de Julio de 2022, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,

MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN
SUBGERENCIA CORPORATIVA