| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: Gerencia del talento humano | CÓDIGO | TH_FTO_10 |
| | | VERSIÓN | 00 |
| | | VIGENCIA | 05/07/2022 |

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

**NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Johanna Gomez Herrera**

**CARGO: Salud Ocupacional**

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CUMPLE | | | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | N/A | |
| | **GESTION DEL TALENTO HUMANO** | | | | |
| 1 | Propuesta de servicios dirigida al gerente | | | | |
| 2 | Hoja de vida en pdf (actualizada con foto) | | | | |
| 3 | Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería | | | | |
| 4 | Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años | | | | |
| 5 | Certificado de antecedentes Procuraduría. *No menor a tres meses | | | | |
| 6 | Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses | | | | |
| 7 | Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses | | | | |
| 8 | Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses | | | | |
| 9 | Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería) | | | | |
| 10 | RUT Actualizado | | | | |
| 11 | Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo. | | | | |
| 12 | Certificado actual de afiliación EPS | | | | |
| 13 | Certificado actual de afiliación fondo de pensiones | | | | |
| 14 | Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II | | | | |
| 15 | Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II | | | | |
| 16 | Formato de oferta de prestación de servicios | | | | |
| 17 | Formato de indemnidad | | | | |
| 18 | Formato de ARL | | | | |
| 19 | Autorización manejo de datos personales (habeas data) | | | | |
| 20 | Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información | | | | |
| 21 | Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales) | | | | |
| 22 | Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo | | | | |
| 23 | Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo | | | | |
| 24 | Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría *Vigencia de 3 años | | | | |
| | **SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO** | | | | |
| 25 | Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 26 | Técnico *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 27 | Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 28 | Profesional *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 29 | Especialización *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 30 | Maestría *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 31 | Tarjeta profesional | | | | |
| 32 | Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca | | | | |
| 33 | ReTHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales) | | | | |
| 34 | Resolución de convalidación de títulos *Aplica para extranjeros | | | | |
| | **CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES** | | | | |
| 35 | Atención a victimas de agente quimicos (Personal asistencial y transporte asistencial) | | | | |
| 36 | Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales) | | | | |
| 37 | Manejo del duelo (Asistenciales) | | | | |
| 38 | Inducción – reinducción corporativa (Todos) | | | | |
| | **AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLÓGICAS** | | | | |
| 39 | Soporte vital básico con fecha de vigencia | | | | |
| 40 | Toma de muestra con fecha de vigencia | | | | |
| | **JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS** | | | | |
| 41 | Toma de muestra con fecha de vigencia | | | | |
| 42 | Soporte vital avanzado con fecha de vigencia | | | | |
| | **MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÀTRICAS O GINECOLÓGICAS** | | | | |
| 43 | Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia | | | | |
| 44 | Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría) | | | | |
| 45 | Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos. | | | | |
| | **MEDICO URGENCIOLOGO** | | | | |
| 46 | Certificado en formación de sedación | | | | |
| | **ODONTOLOGO** | | | | |
| 47 | Certificado radio protección * Vigencia 2 años | | | | |
| | **AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD** | | | | |
| 48 | Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador | | | | |
| 49 | Toma de muestra con fecha de vigencia | | | | |
| | **JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD** | | | | |
| 50 | Retiro e inserción DIU | | | | |
| 51 | Retiro e inserción JADELLE | | | | |
| 52 | Certificado de formación en toma de citología | | | | |
| 53 | Soporte vital avanzado | | | | |
| | **MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD** | | | | |
| 54 | Soporte v tal avanzado | | | | |
| | **CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS** | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55 | Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia | | | | |
| 56 | Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia | | | | |
| 57 | Registro único nacional de tránsito RUNT | | | | |
| 58 | Licencia de conducción | | | | |
| 59 | Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito | | | | |
| 60 | Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años. | | | | |
| **AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA** | | | | | |
| 61 | Soporte vital básico | | | | |
| 62 | Primeros Auxilios | | | | |
| 63 | Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT) | | | | |
| **INGENIERO BIOMEDICO** | | | | | |
| 64 | Certificado del registro INVIMA | | | | |
| **SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO** | | | | | |
| 65 | Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea | | | | |
| 66 | Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT) | | | | |
| **RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)** | | | | | |
| 67 | Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años. | | | | |
| 68 | Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre) | | | | |
| **SERVICIO DE ALIMENTACION** | | | | | |
| 69 | Certificación de manipulación de alimentos | | | | |
| 70 | Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH. | | | | |
| **MANTENIMIENTO** | | | | | |
| 71 | Certificado curso de alturas | | | | |
| 72 | Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año. | | | | |
| **EXPERIENCIA LABORAL** | | | | | |
| 73 | Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| Nombre y firma de quien verifica la documentación: | | | | | |

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

**NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)**

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

**REFERENTE TALENTO HUMANO**
**QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA**

Soacha 14 de octubre 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

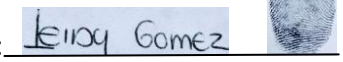
Nombre: **LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA**

Cargo: **TECNICO SALUD OCUPACIONAL**

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,

Nombre del Contratista: **Leidy Johanna Gomez Herrera**
CC: **1024508888 de Bogotá D.C.**
Dirección: **KR 77 M # 70 B 27 SUR**
Email: **Johanita.28hotmail.com**
Teléfono/ Celular: **3144285586**

Firma:  

# LEIDY JOHANNA GÓMEZ HERRERA



**CC: 1.024.508.888**
**Dirección: Carrera 77 M # 70 B 27 sur**
**Celular: 314 428 55 86**
**E-MAIL: johanita.28@hotmail.com**

## Perfil

**Tecnóloga en Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, cuento con competencias como iniciativa, capacidad de análisis, seguimiento de instrucciones, organización y compromiso. Dispuesta a implementar los conocimientos adquiridos cumplimento a la normatividad vigente en SST.}**

## EXPERIENCIA LABORAL

**NOMBRE DE LA EMPRESA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**

**Cargo: SALUD OCUPACIONAL**
**Funciones: Realizar actividades del plan de intervenciones colectivas en el municipio de Soacha en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan de salud territorial de acuerdo a las necesidades y prioridades de la población mediante la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en el marco de acciones de promoción y mantenimiento de la salud.**
**Duración contrato:** 04/08/2022 hasta 31/10/2022
**Jefe inmediato:** Sonia Garzón

**NOMBRE DE LA EMPRESA: ALCADIA MUNICIPAL DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD (SISBEN FASE IV)**

**Funciones**: Encuestadora de diferentes comunas y corregimientos, apoyo a brigadas y radicación.
**Jefe Inmediato**: Luz Marina Galindo Caro
**Fecha**: Ingreso 03/05/2021 hasta 19/11/2021

**NOMBRE DE LA EMPRESA: CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE SANANTONIO DE TEQUENDAMA**

**Cargo**: Aprendiz SST
**Función**: Ejecutar actividades de SST, Inspecciones, Capacitaciones Sensibilizaciones, entrega de Epp entre otras.
Duración contrato: 31/05/2021 hasta 31/10/2021
**Jefe inmediato:** Cristian David Quiroga Méndez
**Teléfono**: 3144610541

## EXPERIENCIA LABORAL

**NOMBRE DE LA EMPRESA: FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA**

**Cargo:** Operativa, con apoyo al área se Seguridad y Salud en el trabajo
**Función:** Operaria de máquinas industriales, elaboración de prendas militares, con apoyo en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ejecutar actividades de SST, Inspecciones, entrega de Epp entre otras.
**Duración contrato:** 06/02/2020 hasta 31/12/2020
**Jefe inmediato:** Ana María Mayorga.

**NOMBRE DE LA EMPRESA: CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS SOACHA**

**Cargo**: Aprendiz SST
**Función**: Ejecutar actividades de SST, Inspecciones, entrega de Epp entre otras.
Duración contrato: 11/ 2017 hasta 1/05/2018
**Jefe inmediato:** Capitán Michael Suarez
**Teléfonos:** 7610097- 3164726953

# INFORMACION ACADEMICA

- **TEGNOLOGO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
  **SENA (Centro de gestión industrial)**

- **TECNICO EN SEGURIDAD OCUPACIONAL**
  **SENA SOACHA Centro industrial y de desarrollo empresarial de Soacha**
  **Finalizado en el 2018**

- **CURSO ENTRENAMIENTO Y PREPARACIÓN DE BRIGADA INTEGRAL BÁSICA- PERSONAL** Horas: (8)
  **Sena Soacha**

- **CURSO SENA: BASICO EN MARROQUINERIA**

- **ESCUELA FORMARTE MV**
  **Manejo de Maquinas Industriales de Confección**

- **BACHILLER INSTITUCIÓN EDUCATIVA RICAUTE** Soacha
  **Terminación 2006**

- **PRIMARIA INSTITUCIÓN EDUCATIVA RICAUTE** Soacha
  **Terminación 2000**

## REFERENCIAS FAMILIARES

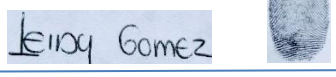
**NOMBRE**: Neider Orlando Tunjuelo Herrera
**CELULAR:** 3224101930

**NOMBRE:** María Mercy Herrera Martínez
**TELEFONO**: 310 563 93 77

## REFERENCIAS PERSONALES

**NOMBRE:** Marlon Antonio Bravo Velázquez
**CELULAR:** 3102499885

**NOMBRE**: Octavio Velasco
**CELULAR**: 3004179088

**FIRMA** 
**C.C** 1.024.508.888 de Bogotá D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.508.888**

**GOMEZ HERRERA**

APELLIDOS

**LEIDY JOHANNA**

NOMBRES

Leidy Johana Gomez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-1990**

**BOGOTA D.C.**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**26-SEP-2008 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00153757-F-1024508888-20090327 0010534094A 1 28657662

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 207318090

WEB
07:08:14


Bogotá DC, 14 de octubre 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) LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024508888:

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 CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 14 de octubre de 2022, a las 07:08:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1024508888 |
| Código de Verificación | 1024508888221014070826 |

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 07:10:24 AM horas del 14/10/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1024508888**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ HERRERA LEIDY JOHANNA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/10/2022 08:09:39 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1024508888** y Nombre: **LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA.**

## 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. **43974746** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14841141772

(415)7707212489984(8020) 000001484114177 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 2 4 5 0 8 8 8 8 | 3 | 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 | 1 0 2 4 5 0 8 8 8 8 | 2 0 0 8 0 9 2 6 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| GOMEZ | HERRERA | LEIDY | JOHANNA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 77 M 70 B 27 SUR

42. Correo electrónico: johanita.28@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 4 4 2 8 5 5 8 6 | 3 1 0 2 4 9 9 8 8 5 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 2 2 0 7 2 0 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 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 - 10 - 14 / 07 : 15: 31

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 GOMEZ HERRERA LEIDY JOHANNA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

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

| **FECHA:** | 2022-10-14 | **CIUDAD:** | SOACHA | **DEPARTAMENTO:** | CUNDINAMARCA |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

| **PROVEEDOR** | | **PARTICULAR** | | **CONTRATISTA OPS** | X | **SERVIDOR PUBLICO** | | **OTRO** | | **CUAL:** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL**

| **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO:** | **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** |
|---|---|---|---|
| **GOMEZ** | **HERRERA** | **LEIDY** | **JOHANNA** |

| **TIPO DE IDENTIFICACION** | | | | **No IDENTIFICACION** | **LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)** | **FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C. | NUIP | 1024508888 | BOGOTA D.C. | 2008-09-26 |

| PASAPORTE | | OTRO | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? **SI** | | **NO** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| **FECHA NACIMIENTO:** | **LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)** | **PAIS NACIMIENTO** | **NACIONALIDAD:** |
|---|---|---|---|
| 1990-08-28 | BOGOTA D.C. | **COLOMBIA** | COLOMBIANA |

| **ESTADO CIVIL** | | | | | | **PERSONA A CARGO** | **NUMERO DE HIJOS** | **TELEFONO CELULAR** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) X | CASADO(A) | | DIVORCIADO(A) | | UNION LIBRE | 1 | 1 | 3144285586 |

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

| **DIRECCION RESIDENCIA:** | **CIUDAD RESIDENCIA** | **DEPARTAMENTO:** | **PAIS RESIDENCIA:** | **TELEFONO RESIDENCIA** |
|---|---|---|---|---|
| **KR 77 M # 70 B 27 SUR** | **BOGOTA D.C.** | **CUNDINAMARCA** | **COLOMBIA** | **3144285586** |

| **CORREO ELECTRONICO:** | **PORTAL O PAGINA INTERNET** | **TIPO DE VIVIENDA** | | |
|---|---|---|---|---|
| johanita.28@hotmail.com | | PROPIA | FAMILIAR | ARRENDADA x |

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

**2. DATOS DEL CONYUGE**

| **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO:** | **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** |
|---|---|---|---|
| | | | |

| **TIPO DE IDENTIFICACION** | | | | **NUMERO IDENTIFICACION** | **LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)** | **FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | C.E. | R.C. | NUIP | | | |

| PASAPORTE | | OTRO | CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: **SI** | **NO** | | NACIONALIDAD: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:**

| ASALARIADO | | ESTUDIANTE | | HOGAR | | PENSIONADO | | **CUAL:** TECNICO EN SALUD OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOCIO | | CONTRATISTA x | | COMERCIANTE | | EMPLEADO PUBLICO | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE | | EMPLEADO SOCIO | | | | OTRA. . . . | | |

| **INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:** | **DECLARA RENTA** | | | | | **CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | | **IVA** | SI | NO x | 8299 |
| | | NO x | | **ICA** | SI | NO x | **PRINCIPAL:** | **SECUNDARIA:** |

| **GRAN CONTRIBUYENTE** | SI | NO x | **AGENTE RETENEDOR** | SI | NO x | **AGENTE AUTORETENEDOR** | SI | NO x |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

| **ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA** | GOBIERNO | SERVICIOS | SALUD x | **# NIT** | 800006850-3 |
|---|---|---|---|---|---|

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL:

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

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| CL 13 # 9 - 85 | 6017309230 | SOACHA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA |

| CARGO ACTUAL | TECNICO SALUD OCUPACIONAL | 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 | **$ 2,178,000** | GASTOS FAMILIARES | $ 800.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | | ARRIENDOS | $ 500.000 | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | $ 500.000 |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | $ 200.000 | OTROS ACTIVOS* | $ 1.000.000 | OTROS PASIVOS* | |
| **TOTAL INGRESOS** | **$ 2.178.000** | **TOTAL EGRESOS** | **$ 1.500.000** | **TOTAL ACTIVOS** | **$ 1.000.000** | **TOTAL PASIVOS** | **$ 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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| **MORALES** | **CHIMA** | **MIREYA** | |

| DIRECCION | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS | TIPO RELACION | TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR |
|---|---|---|---|
| **CL 36 I 35 (TERRA GRANDE)** | **SOACHA** | **AMISTAD** | **3118624422** |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| **BANCO CAJA SOCIAL** | **AHORROS** | **24092829453** | **CHICO** | |

**MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI** **NO** ☐ ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ A

**CUAL:**

**8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

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

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

**TECNICO EN SALUD OCUPACIONAL**

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

**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.

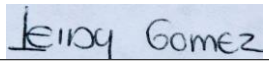
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines 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 capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
**6.**DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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



**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Índice Derecho**

CE-006 - 0000000100 – 2022

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1024508888 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Gomez Herrera,Leidy Johanna |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Dependiente, Independiente Con Contrato |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/09/2022 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Gomez Herrera,Leidy Johanna, a los 13 días del mes de octubre del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA identificado(a) con C.C No. 1.024.508.888, 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 13 de octubre del 2022.

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

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Gomez | Herrera | Leidy Johanna |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 1024508888 | F X M ○ | COL. X EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 28 MES 08 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTA

MUNICIPIO BOGOTA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CARRERA 77 M 70 B 27 sur CASA Nueva Granada

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTA

MUNICIPIO BOGOTA

TELÉFONO _____ EMAIL johanita.28@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° X | MES | 07 | AÑO | 2006 |

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

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TECNOLOGO | 4 | X | | TECNOLOGIA EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN ELTRABAJO | 12 | 2021 | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 08 | *Año* | 2022 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>TECNICO | *DEPENDENCIA*<br>SALUD OCUPACIONAL | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE SOACHA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7305500 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 20 | *Mes* | 05 | *Año* | 2021 | *Día* | 19 | *Mes* | 11 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 13 · 7 30 | | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 6 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 0 | 6 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

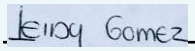
**6** **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE, SI__NO **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 14 Octubre 2022*





*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, Leidy Johanna Gomez Herrera

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1024508888 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTA MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN: CARRERA 77 M 70 B 27 sur CASA Nueva Granada TELÉFONO: 3144285586 5555555

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Dana Sofia Verá Gómez | 1013140857 | HIJO(A) |

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $2.178.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0 |
| TOTAL | $2.178.000 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| Caja social | CUENTA DE AHORROS | 24092829453 | Chico | 1.000 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|

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

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

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

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

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

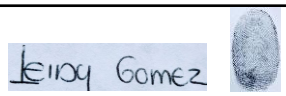
C.C. C.E. T.I.

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
|---|---|

**3. FIRMA**



**SOACHA 14 OCTUBRE 2022**

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

Soacha, 1 4 de octubre de 2022

## NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo **Leidy Johanna Gomez Herrera**, identificado(a) con cedula No. **1.024.508.888** de **Bogotá D.C**, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: **Técnico Salud Ocupacional**, 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.

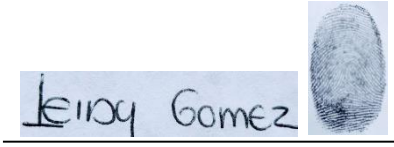
***Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:*** _____

_____

_____

_____

Atentamente,



C.C. 1.024.508.888




La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

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

**Soacha, 14__de Octubre _____de 2022_____**

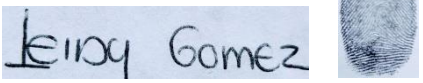
Señores,
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**
**E. S. M.**

Yo Leidy Johanna Gomez Herrera _____, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.024.508.888 de Bogota D.C. _____, 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,





C.C. No. 1.024.508.888_____de Bogota D.C._____

**ARL AXA COLPATRIA**

**DATOS DEL CONTRATISTA:**

Nombre y apellido: Leidy Johanna Gomez Herrera

Nº Documento: 1.024.508.888

Fecha de Nacimiento: 2 8 - 0 8 - 1 9 9 0

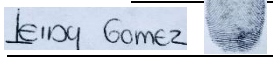
Dirección: kr 77 M # 70 B 27 sur

Teléfono. Fijo – Celular: 3144285586

E-mail: johanita.28 @hotmail.com

EPS: Sanitas

AFP: Colfondos

Firma Contratista: 

……

**DATOS INSTITUCIONALES**

**DATOS DEL CONTRATO:**

Fecha Inicio:

Fecha Finalización:

Valor mensual:

Valor Total:

VoBo Área Contratación:

……

**DATOS AFILIACION:**

Fecha: Hora:

Firma responsable Afiliación:

……

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

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

Soacha 14 octubre 2022

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo **Leidy Johanna Gomez Herrera** 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".

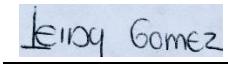
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Tecnóloga en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;



Firma  _____

N° Documento 1.024.508.888_____

Tarjeta Profesional N°_____

Dirección de contacto Kr 77 M # 70 B 27 sur

Teléfono:3144285586

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

Yo, Leidy Johanna Gomez Herrera _____, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.024.508.888_____, expedida en Bogota D.C._____, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

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

| ITEM | DESCRIPCION | MARCAR CON X |
|---|---|---|
| 1 | BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS | X |
| 2 | APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN:<br>• DATADOC<br>• SIVIGILA<br>• SIVISALA<br>• MANGO<br>• PAI WEB<br>• DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA<br>• PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES | X<br><br><br><br><br><br><br>X |
| 3 | FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS | |
| 4 | HISTORIAS CLÍNICAS | X |
| 5 | BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO | |
| 6 | INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL | X |

Para constancia se firma en Soacha, a los 14 Octubre 2022_____



Firma y huella

314 428 55 86

Celular No.

Correo institucional

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Leidy Johanna

Apellidos: Gomez Herrera

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

No. 1024 508 888

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 08 Año 1990

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 10-04-21 | AstraZeneca | [illegible] | SEDE SAN MARCOS | Yudy Peña | 39676454 |
| | 2 | 16 MAY | AstraZeneca | [illegible] | [illegible] | Diana Grima | 52226363 |
| | | [illegible] | Pfizer | ACC 8977 | VACUNACIÓN COVID 19 ESE Municipal de Soacha | Angie Vicente 1022409657 | |

## ESQUEMA ANTIRRABICO

| | Nº DOSIS | Nº DIA | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| POST-EXPOSICION | 1ª | 0 | | |
| | 2ª | 3 | | |
| | 3ª | 7 | | |
| | 4ª | 14 | | |
| | 5ª | 28 | | |
| PRE-EXPOSICION | 1ª | 0 | | |
| | 2ª | 7 | | |
| | 3ª | 28 | | |
| | Refuerzo | 1 año | | |
| | Refuerzo | 3 años | | |

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

Vigilado Supersalud

# Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.
Teléfono: 746 0909 Ext. 100 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

72131

## CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Laidy Johanna Gomez

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO F

TELEFONO 1029500898

Sv004

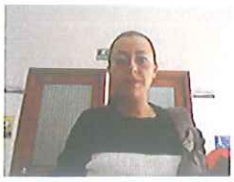
| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| POLIO | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| D.P.T. | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| 9 m | Sarampión | | |
| TRIVIRAL | Paperas | | |
| | Rubeola | | |
| | Sarampión | | |
| | Refuerzo | | |
| HAEMOPHILUS INFLUENZAE | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| ANTI HEPATITIS "B" | 1ª Dosis | 11 JUL. 2022 | AHMSCCRBS |
| | 2ª Dosis | 21 JUL. 2022 | Delta 220500 322C 25 Quinyl |
| | 3ª Dosis | 24 AGO 2022 | |
| | Refuerzo | | |

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Fiebre A. T.D. y Difteria | 1ª Dosis | 31 OCT 2019 | GOSS91 |
| | 2ª Dosis | 04 Diciembre 2019 | |
| | Refuerzo | 21 JUL. 2022 | Sanofi 233150HC 24 Quinoy |
| TETANO | 1ª Dosis | 21 Julio 2022 | |
| | 2ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Valida por 10 años) | | | |
| FIEBRE TIFOIDEA | | | |
| Neumococo Conjugado | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| | 3ª | | |
| | 4ª | | |
| Neumo. Polisacarido | 1ª | | |
| | Refuerzo | | |
| Hepatitis A | 1ª | 31 OCT 2019 | 3009990 09 |
| | 2ª | | |
| Varicela | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| Influenza (Gripe) | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| | 3ª | | |

# GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

## Certificado de Aptitud Laboral: INGRESO - OTROS



**Fecha:** 21/Jul/2022, **Hora:** 08:45:07 a.m.
**Apellido:** GOMEZ HERRERA **Nombre:** LEIDY JOHANNA
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1024508888
**Empresa:** Particular
**Cargo:** SALUD OCUPACIONAL
**Direccion:** CRR 77 M # 70 B 27 SUR
**Telefono:** **Celular:** 3144285586 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** Bogota D.C. - Bosa

**HC:** # 41763
**Edad:** 31 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 28/Ago/1990
**Rh:** A+

### Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

### Concepto

Apto con recomendaciones

### Recomendaciones

Uso de Elementos de Proteccion Personal
Pausas Activas
Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo
Otras: *MANTENER MEDIDAS PARA PREVENIR CONTAGIO DE COVID 19 DURANTE LA JORNADA LABORAL Y MEDIOS DE TRANSPORTE.
*ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA, MANTENER CUIDADOS Y DESINFECCIÓN EN CASA.
* REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA REALIZAR SUS TODAS SUS ACTIVIDADES LABORALES, CONTROL POR OPTOMETRIA /REALIZAR ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS /DIETA BALANCEADA: BAJA EN CALORÍAS, GRASAS Y HARINAS/MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

### Observaciones

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

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

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

LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA
CC 1024508888

Huella Digital

Verificar la autenticidad del certificado en https://www.servirips.com/
Verificar la autenticidad del certificado en https://www.servirips.com/

Cra. 9 No. 12ª - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com

República de Colombia, Municipio de Soacha (Cundinamarca)

y en su Nombre La

# Institución Educativa Ricaurte

*"Formamos Jóvenes Protagonistas de una Sociedad Más Justa"*

Resolución de Aprobación No. 006303 del 15 de Diciembre de 2.002

Nit.: 832.002.029-9

Confiere a:

*Leidy Johanna Gómez Herrera*

*Identificado (a) con Documento de Identidad No. 900828-55490 de Santafé de Bogotá*

El Título de

## Bachiller Académico

Por haber concluido el plan de estudios, haber alcanzado los objetivos de formación y adquirido los reconocimientos legal o reglamentariamente definidos, correspondientes al nivel de Educación Media, conforme al artículo 28 de la Ley 115 de 1.994

Lic. Leonor Teresa Bejarano de Rodríguez
Rectora
C.C. No. 41'454.247 de Bogotá

Sec. Mercedes Sandoval Suárez
Secretaria
C.C. No. 41'323.845 de Bogotá

Dado en Soacha, Cundinamarca a los 01 Días del mes de Diciembre de 2.006

Anotado al Folio No. 51 Del Libro de registro para control interno de Diplomas No. 01_03

Acta de Grado No. 004

No se requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decreto No. 921 de Mayo de 1.994;

Expedido por el Ministerio de Educación y 2150 del 3 de Diciembre de 1.995 de la Presidencia de la República

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA RICAURTE

Soacha, Cundinamarca

Resolución de Aprobación N° 006503 del 16 de Diciembre de 2002

Nit.: 632.002.029 - 9

## Acta Individual de Grado

| | |
|---|---|
| Libro C.D: | 01_03 |
| Folio No.: | 50 |
| Acta No.: | 004 |

En el municipio de Soacha a los 01 días del mes de Diciembre de 2006; se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último ciclo, los suscritos Rectora, Coordinadores Académicos y de Convivencia y Secretaria de la Institución Educativa Ricaurte, Institución aprobada en los Niveles de Pre - escolar, Básica y Media con Resolución de Aprobación No. 006503 del 16 de Diciembre de 2002 y autorizada para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica.

Comprobada la situación Legal, Académica y Prestación del Servicio Social de cada uno de los alumnos que concluyeron en plan de estudios, alcanzaron los logros de formación y adquirieron los reconocimientos legal o reglamentariamente definidos correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de **Bachiller Académico** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

*Leidy Johanna Gómez Herrera*

*Identificado (a) con Documento de Identidad No. 900828-55490 de Santafé de Bogotá*

Es fiel copia tomada del Acta Original No. 004 de fecha 01 de Diciembre de 2006; que consta de **132** estudiantes, comienza con el nombre de **AGUILERA CARVAJAL LAURA LIZETH** con Documento de Identidad No. **900317 - 75174** de Soacha (C/marca) y termina con el nombre de **VIDES CAMPO YENNIFER** con Documento de Identidad No. **890424 - 60177** de Montelíbano (Córdoba).

Firmada y sellada por **LEONOR TERESA BEJARANO DE RODRÍGUEZ** (Rectora), y **MERCEDES SANDOVAL SUÁREZ** (Secretaria).

Dada en Soacha, Cundinamarca, a los 01 días del mes de Diciembre de 2006.

Lic. Leonor Teresa Bejarano de Rodríguez
**Rectora**
C.C. No. 41'454.247 de Bogotá

Sec. Mercedes Sandoval Suárez
**Secretaria**
C.C. No. 41'523.045 de Bogotá

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA

*Con Cedula de Ciudadania No. 1.024.508.888*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

**Título de**

## TÉCNICO EN

## SEGURIDAD OCUPACIONAL

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Soacha, a los veintiocho (28) días del mes de mayo de dos mil dieciocho (2018)*

Firmado Digitalmente por
ROBERTO PRIETO LADINO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA

# ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 41642475 - 28/05/2018

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## CONSIDERANDO

**Que: LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA, Con Cedula de Ciudadania No. 1.024.508.888**

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

# TÉCNICO EN SEGURIDAD OCUPACIONAL

En constancia de lo anterior se firma la presente en Soacha, a los veintiocho (28) días del mes de mayo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
ROBERTO PRIETO LADINO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ROBERTO PRIETO LADINO
SUBDIRECTOR CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA
REGIONAL CUNDINAMARCA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9232001357808CC1024508888A.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA

*Con Cedula de Ciudadania No. 1024508888*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el*

**Título de**

## TECNÓLOGO EN
## GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en Bogotá. a los trece (13) dias del mes de diciembre de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por

REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL

# ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 62151569 - 13/12/2021

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## CONSIDERANDO

**Que: LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA. Con Cedula de Ciudadania No. 1024508888**

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

# TECNÓLOGO EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá, a los trece (13) dias del mes de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por



FABIO HERNANDEZ RODRIGUEZ
Subdirector de Centro CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9211001957095CC1024508888A.