

 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 REGIÓN DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS: KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA

CARGO: Auxiliar de Enfermería

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 de 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 de 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 SIGEPII				
15	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEPII				
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 visometría *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	Re THUS actualizado – pregrado y postgrado (Asistenciales)				
34	Resolución de convalidación de títulos *Aplica para extranjeros				
CERTIFICADOS SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES					
35	Atención a víctimas de agente químico (Personal asistencial y transporte asistencial)				
36	Ruta de atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
37	Manejo del duelo (Asistenciales)				
38	Inducción – reinducción corporativa (Todos)				
AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS Y GINECOLOGICAS					
39	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
40	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS Y GINECOLOGICAS					
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
42	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
MÉDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS Y GINECOLOGICAS					
43	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
44	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
45	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
MÉDICO URGENCIOLOGO					
46	Certificado de formación de sedación				
ODONTÓLOGO					
47	Certificado de radio protección *Vigencia 2 años				
AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
48	Certificado de administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
49	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERÍA 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				
MÉDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
54	Soporte vital avanzado				
CONDUCTORES DE AMBULANCIA-ADMINISTRATIVOS					

 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

55	Formación operador vehiculo de emergencia (COVE)* Aplica solo ambulancia				
56	Primeros auxilios* Aplica solo ambulancia				
57	Registro unificación de tránsito RUNT				
58	Licencia de conducción				
59	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito				
60	Certificado de aptitud laboral con énfasis en sistema muscular y evaluaciones psicofisiológicas * Vigencia 3 años.				
AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA					
61	Soporte vital básico				
62	Primeros Auxilios				
63	Certificado de prueba en el punto de atención del paciente (POINT OFFCARE TESTING-POCT)				
INGENIERO BIOMEDICO					
64	Certificado de registro INVIMA				
SERVICIO TRANSFUSIONAL/LABORATORIO CLINICO					
65	Certificado de formación para el manejo de transfusiones sanguíneas				
66	Certificado de prueba en el punto de atención del paciente (POINT OFFCARE TESTING-POCT)				
RADIOLOGÍA (APLICAR PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
67	Certificado de curso de protección* Vigencia 2 años.				
68	Certificado de aptitud laboral con énfasis en osteomuscular, visometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSHT3YT4 libre)				
SERVICIO DE ALIMENTACIÓN					
69	Certificación de manipulación de alimentos				
70	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
MANTENIMIENTO					
71	Certificado de curso de alturas				
72	Certificado de aptitud laboral con énfasis en trabajo en alturas* Vigencia 1 año.				
EXPERIENCIA LABORAL					
73	Certificaciones laborales * De conformidad con el perfil solicitado				
Nombre y firma de quien verificó la documentación:					

- Favorentregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajador a 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 (Página 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 YURIDI AGARCIA 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

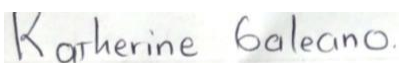
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Katherine Andrea Galeano Acosta

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



Nombre del Contratista

CC: 1.024.533.990

Dirección: Kr 6 A este # 22 - 14

Email: katheholi@live.com

Teléfono/ Celular: 5754192 / 3185858315

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	ESTUDIO PREVIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		
	PROCESO: Gerencia del talento humano y jurídica	CÓDIGO	CTC_FTO_03
		VERSIÓN	03
		VIGENCIA	18/08/2022

ESTUDIO PREVIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN

FECHA DE SOLICITUD: 31 DE OCTUBRE DE 2022

1. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD QUE SE PRETENDE SATISFACER CON EL PROCESO DE CONTRATACION

La Empresa Social Del Estado Región Salud Soacha, es institución pública prestadora de servicios de salud de baja y mediana complejidad, socialmente responsable, que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios y su red de apoyo, que la misma requiere implementar soluciones de tecnologías de la salud, información y comunicación, que como entidad prestadora de servicios de salud requiere innovar de forma oportuna y pertinente basados en estándares de calidad con un enfoque humanizado, seguro y con compromiso social estos servicios de salud.

La institución presta servicios de salud de la forma descrita en párrafo anterior las 24 horas y los 07 días de la semana a la comunidad del municipio de la Soacha y su zona de influencia, en cumplimiento de su misión institucional, logrando satisfacer de manera oportuna y eficaz las necesidades de servicios que demandan nuestros usuarios.

Por los motivos expuestos y en aras de lograr la continua prestación de los servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial, buscando siempre la mejora continua en los procesos de la Institución, existe la necesidad de contratar a un **(AUXILIAR DE ENFERMERIA)** por prestación de servicios, para que apoye con las actividades acordes al objeto contractual, esto para satisfacer las necesidades del área correspondiente, dando una respuesta oportuna, eficiente y de calidad a los requerimientos que presente la entidad, lo anterior en procura de dar respuesta y cumplir con el objeto del contrato N° 2241–2022 que consiste en la ejecución de las actividades del plan de salud pública contenidas en las dimensiones del plan de acción salud (PAS) y el plan de intervenciones colectivas (PIC) suscrito entre La Empresa Social Del Estado Región Salud Soacha y la Secretaría de Salud de Soacha para la vigencia 2022.

2. SUFICIENCIA O INSUFICIENCIA DE PERSONAL O NECESIDAD DE PERSONAL CON CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS

Teniendo en cuenta que en el área de Talento Humano de La Empresa Social Del Estado Región Salud Soacha, se verifica que dentro de la planta de personal no existe el perfil requerido para el desarrollo de las actividades específicas como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** para La Empresa Social Del Estado Región Salud Soacha, es necesario contratar por Orden de Prestación de servicios el perfil en mención.

3. OBJETO A CONTRATAR CON SUS ESPECIFICACIONES

Prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** para la Subgerencia Comunitaria en el desarrollo del cumplimiento del contrato interadministrativo No 2241–2022, cuyo objeto es 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.

4. MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y SU JUSTIFICACIÓN

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	ESTUDIO PREVIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		
	PROCESO: Gerencia del talento humano y jurídica	CÓDIGO	CTC_FTO_03
		VERSIÓN	03
		VIGENCIA	18/08/2022

Conforme lo consignado en el Estatuto y el Manual de Contratación de la Empresa Social Del Estado Región Salud Soacha, la contratación de talento humano, se realizará bajo la modalidad contemplada en el literal F del Parágrafo del Artículo 18 del Acuerdo 001 de 2018 del 1 de febrero de 2018, que señala: Contratación Directa. (...) Parágrafo. (...) f. Cuando se trate de contratos para la prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión o para la ejecución de trabajos artísticos que solo se puedan encomendar a determinadas personas naturales” cuya vigencia inicio a partir del 10 de abril de la vigencia, fecha en la cual se expidió el Manual de Contratación de la ESE mediante Resolución 097.

5. EL VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y LA JUSTIFICACIÓN DEL MISMO

Para la presente vigencia se prevé atender la necesidad planteada en la justificación detallada de los estudios previos, a partir del perfeccionamiento del contrato y suscripción del acta de inicio hasta el 30 de noviembre del 2022 , estimando el valor de los honorarios mensuales en dos millones ciento setenta y ocho mil pesos (\$2.178.000) *M/CTE de conformidad con el cumplimiento de las metas acordadas en el plan programático, mismas que serán proporcional a las metas ejecutadas y no glosadas por la secretaria de salud de Soacha en el mes.* En este sentido y para establecer el valor de la presente contratación.

El valor total del contrato que se suscriba por las partes, será por la suma de dos millones ciento setenta y ocho mil ochocientos pesos (\$2.178.000) *M/cte.*, Incluido el IVA (Si aplica), todos los impuestos, tasas, contribuciones y demás costos directos e indirectos que su ejecución conlleve.

HORAS MENSUALES	(no aplica)
VALOR MENSUAL	\$2.178.000
VALOR HORA MENSUAL	(no aplica)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 2.178.000

6. FORMA DE PAGO

El hospital, pagará el valor del contrato en mensualidades vencidas, cada una o por el valor proporcional que resulte de la fracción de mes ejecutada, previa programación del PAC y la entrega de los siguientes documentos: **a)** formato de cuenta de cobro debidamente diligenciado. **b)** Informe de actividades mensual, debidamente firmado por el contratista y aprobado por el supervisor del contrato. **c)** formato de seguimiento a contrato ajustado y actualizado, con la firma del supervisor del contrato y del apoyo técnico a la supervisión para los casos que aplique y; **d)** Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de Seguridad Social Integral, para el periodo cobrado y/o según normatividad vigente, en proporción al valor mensual del contrato.

7. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA

Las actividades específicas que deberá cumplir el contratista son:

1. Realizar búsqueda activa de casos de Tuberculosis y Hansen, con énfasis en poblaciones de riesgo identificadas; así mismo desarrollar acciones de información, educación y comunicación con enfoque diferencial orientadas al reconocimiento temprano de la enfermedad, la búsqueda de atención oportuna y el cumplimiento del tratamiento por las personas afectadas, las familias y la comunidad
2. Tamizaje de búsqueda activa de sintomáticos respiratorio
3. Acciones de información y educación para la promoción de prácticas saludables, autocuidado - prevención de enfermedades transmisibles TB - IRA
4. Gestión del riesgo en familias con niños y niñas menores de 10 años con riesgo y/o

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	ESTUDIO PREVIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		
	PROCESO: Gerencia del talento humano y jurídica	CÓDIGO	CTC_FTO_03
		VERSIÓN	03
		VIGENCIA	18/08/2022

antecedentes con IRA priorizados - Seguimiento en hogar

5. Asistencia técnica (AT)
6. Pre auditorías internas
7. Sistemas de información.
8. Toda obligación que el supervisor designe inherentes al objeto del contrato.
9. Realizar archivo mensualmente de los productos entregados a la secretaría de salud.

8. PRODUCTOS QUE SE GENERAN DE LAS ACTIVIDADES ESPECIFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA

Los productos que se generen por parte del contratista del área, corresponden directamente a las actividades específicas que han sido establecidas para el cumplimiento del objeto contractual del presente documento, con el fin de generar mes a mes, y durante el tiempo de la contratación, los soportes que serán requeridos por el supervisor para generar la respectiva certificación de cumplimiento (JUR-FTO-01), la cual es solicitada para el pago.

9. CRITERIOS PARA SELECCIONAR (INDICANDO PERFIL, EXPERIENCIA, AUTORIZACIONES, PERMISOS Y LICENCIAS REQUERIDOS PARA SU EJECUCIÓN EN CASO DE QUE APLIQUE)

Se requiere contratar los servicios de una persona con formación en **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, relacionada con las actividades del contrato.

10. ANÁLISIS DEL RIESGO Y FORMA DE MITIGARLO

El análisis del riesgo y la forma de mitigarlo serán definidos en la matriz de riesgos adoptado por el hospital para la adquisición de los bienes y servicios.

Sin embargo, algunos de los riesgos que se pueden presentar durante de la ejecución contractual son los siguientes:

RIESGOS INTERNOS	RIESGOS EXTERNOS
1. Capacidades, fortalezas y debilidades del personal que participa en las etapas del proceso de Contratación. 2. Demora en procesos administrativos que afecten el proceso de contratación. 3. Disponibilidad de recursos económicos para adelantar el proceso Deficiencias en el ejercicio de supervisión.	1. Inoportunidad en la legalización del contrato. 2. Falta de calidad en el bien y/o servicio contratado. 3. Resistencia al trabajo articulado a las necesidades institucionales. 4. No cumplimiento de medidas y planes de mejoramiento frente al objeto contratado 5. Incumplimiento en las medidas y fechas de entrega de las dotaciones. 6. Variación de tallas en las medidas de los funcionarios o diferencias entre las medidas de los funcionarios y las medidas de las dotaciones suministradas. 7. Mala calidad en las dotaciones entregadas 8. Emisión y pago de factura(s) sin el cumplimiento de las obligaciones del contratista enunciadas en el Literal 5 del presente estudio

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	ESTUDIO PREVIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		
	PROCESO: Gerencia del talento humano y jurídica	CÓDIGO	CTC_FTO_03
		VERSIÓN	03
		VIGENCIA	18/08/2022

	<p>9. Riesgo económico por variación de precios en las materias primas utilizadas que generen aumento o disminución de los elementos</p> <p>10. Adquiridos, por condiciones del mercado</p>
FORMA DE MITIGARLO	FORMA DE MITIGARLO
<p>1. Capacitación al personal que interviene en el proceso.</p> <p>2. Establecer puntos de control en los procedimientos identificando barreras.</p> <p>3. Verificación previa y obligatoria con el área de presupuesto para garantizar existencia de los recursos.</p> <p>4. Capacitación a supervisores de contratos y medición de adherencia a las disposiciones que rigen su ejercicio</p>	<p>1. Seguimiento oportuno y permanente por el área competente y responsable de la legalización del contrato, con matriz que regule tiempos de legalización.</p> <p>2. Reuniones de seguimiento a la ejecución de los contratos entre las partes, levantando actas de las mismas.</p> <p>3. Seguimiento de los compromisos adquiridos, requiriendo a las partes y conminando su cumplimiento.</p> <p>4. Concertar con anterioridad los horarios y fechas para la toma de medidas con el fin de definir las mismas, junto a las respectivas tallas de los beneficiarios de las dotaciones, definiendo fechas de entrega y realizando la respectiva acta.</p> <p>5. Entregar a los funcionarios, solicitando manifestar sus inconformidades de tamaño a más tardar al día hábil siguiente.</p> <p>6. Solicitar muestras de cada una de las dotaciones como criterio de cumplimiento técnico del proceso con el fin de evaluar la calidad de los materiales.</p> <p>7. Toma previa de medidas con una antelación razonable a la elaboración de las prendas.</p> <p>8. Restringir los pagos al operador a la emisión de la certificación de cumplimiento por parte del supervisor y/o interventor del contrato.</p> <p>9. Incluir una obligación que establezca el mantener los precios suministrados en la oferta.</p>

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	ESTUDIO PREVIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		
	PROCESO: Gerencia del talento humano y jurídica	CÓDIGO	CTC_FTO_03
		VERSIÓN	03
		VIGENCIA	18/08/2022

10.1 MATRIZ DE RIESGOS

TIPO DE RIESGO	IMPACTO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	MITIGACIÓN
	(En una calificación de 1 a 5, donde 5 significa muy alto y 1 muy bajo)	(En una calificación de 1 a 5, donde 5 significa muy alto y 1 muy bajo)	
1. RIESGOS ECONÓMICOS: son los derivados del comportamiento del mercado el cual se altera por las fluctuaciones de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismo.	N/A	N/A	N/A
2. RIESGOS SOCIALES O POLITICOS: Estos hacen referencia a los diferentes cambios de las políticas gubernamentales, tales como cambios en la situación política, sistema de gobierno y cambio en las condiciones sociales las cuales tiene un impacto directo en la ejecución del contrato. También son aquellos que se relacionan cuando no existen acuerdos entre la población y el Gobierno, grupos de interés o la sociedad generando paros, huelgas, acciones terroristas, entre otros.	N/A	N/A	N/A
3. RIESGOS OPERACIONALES: Están asociados principalmente con la operación del contrato, y se presentan en el momento en que el monto de la inversión no haya sido la suficiente para cumplir el objetivo del contrato, sea por que se requieren mayores cantidades de insumos o bienes distintos a los pactados contractualmente o por la disponibilidad oportuna o gestión para la adquisición de estos insumos o bienes. Otro factor importante es cuando se presenta la extensión del plazo, esto ocurre cuando los contratos se realizan en tiempos distintos a los inicialmente programados por circunstancias no imputables al contratista	N/A	N/A	N/A
4. RIESGOS FINANCIEROS: Este riesgo se clasifica en el riesgo por liquidez y el riesgo de las condiciones financieras. El primero hace referencia a la dificultad de conseguir recursos, tanto en el sector financiero como en el mercado de capitales, para lograr el objetivo del contrato. El segundo se refiere a los términos financieros de dichos recursos en cuanto a plazos, tasas, garantías, contragarantías, refinanciaciones entre otros.	N/A	N/A	N/A
5. RIESGOS REGULATORIOS: Cambios regulatorios, administrativos y legales que afectan significativamente los flujos del proyecto. Ejemplo de estos es cuando se evidencian cambios en las tarifas, cambios en los regímenes especiales (regalías, pensional), designación de zonas francas, planes de ordenamiento territorial, expedición de normas de carácter técnico o de calidad.	N/A	N/A	N/A

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.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	ESTUDIO PREVIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		
	PROCESO: Gerencia del talento humano y jurídica	CÓDIGO	CTC_FTO_03
		VERSIÓN	03
		VIGENCIA	18/08/2022

TIPO DE RIESGO	IMPACTO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	MITIGACIÓN
	(En una calificación de 1 a 5, donde 5 significa muy alto y 1 muy bajo)	(En una calificación de 1 a 5, donde 5 significa muy alto y 1 muy bajo)	
6. RIESGOS DE LA NATURALEZA: se refieren a los eventos causados por la naturaleza sin la intervención o voluntad del hombre, que en ocasiones pueden ser previsibles pero su diagnóstico esta fuera del control de las partes	N/A	N/A	N/A
7. RIESGOS AMBIENTALES estos se presentan cuando se tienen las obligaciones de contar en un proyecto con las licencias ambientales, de los planes de manejo ambiental. El riesgo se evidencia en el momento en que se esté ejecutando el contrato se configuren pasivos ambientales por el mal manejo de las licencias ambientales generando un costo superior al estimado el cual no puede ser imputable a ninguna de las partes.	N/A	N/A	N/A
8. RIESGOS TECNOLÓGICOS: Suele presentarse cuando ocurren fallos en las telecomunicaciones o haya una suspensión de los servicios públicos, asimismo cuando la tecnología a utilizar tiene un nuevo desarrollo o los estándares varían afectando la ejecución del contrato, así como la obsolescencia tecnológica.	N/A	N/A	N/A

11. GARANTÍAS EXIGIDAS EN EL PROCESO DE CONTRATACION

El contratista se compromete a constituir a favor de La Empresa Social Del Estado Región Salud Soacha, NIT 800006850-3, con dirección calle 13 # 10 - 48, como mecanismo de cobertura del riesgo, garantía de cumplimiento que se encuentra señalada en la CIRCULAR 022 -2021 de 12 agosto 2021, de acuerdo con lo señalado en el estatuto contractual Acuerdo 01 de 2018 - Estatuto de Contratación de la ESE y manual de contratación resolución 097 de 2018, la garantía constituida deberá amparar:

- a) Póliza de responsabilidad Civil Profesional
- b) Póliza cumplimiento del contrato
- c) Póliza Calidad del servicio

SI () NO (X) (según corresponda)
SI () NO (X) (según corresponda)
SI () NO (X) (según corresponda)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	ESTUDIO PREVIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		
	PROCESO: Gerencia del talento humano y jurídica	CÓDIGO	CTC_FTO_03
		VERSIÓN	03
		VIGENCIA	18/08/2022

12. SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

La supervisión del contrato estará a cargo de la Subgerencia Comunitaria quien le será designada en virtud de lo contemplado en el art. 27 del Estatuto de Contratación – Acuerdo 001 de 2018 – y el manual de contratación - Resolución No. 097-2018 en el Artículo Vigésimo Quinto– control y Supervisión, no sin antes señalar que la supervisión acorde a lo señalado en el Estatuto Anticorrupción consiste en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico sobre el cumplimiento del objeto del contrato designado.

13. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El plazo de ejecución del contrato será a partir del perfeccionamiento del contrato y suscripción del acta de inicio hasta el 30 de noviembre del 2022.

14. LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato se ejecutará en el Municipio de Soacha, en las instalaciones de la Empresa Social Del Estado Región Salud Soacha.

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
Referente Talento Humano

Ivonne Marcela Bello R
IVONNE MARCELA BELLO RODRIGUEZ
Supervisor

Sonia Milena Pinzon Garzon
SONIA MILENA PINZON GARZON
Apoyo Técnico del Supervisor

Ivonne Marcela Bello R
IVONNE MARCELA BELLO RODRIGUEZ
Subgerencia Comunitaria

JORGE ENRIQUE PEDRAZA
Subgerencia Administrativo y Financiero

ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente

**KATHERINE ANDREA
GALEANO ACOSTA**

Cc 1024533990

Cra 6 A este # 22 – 14, Ricaurte, Soacha,
Cundinamarca

Tel :3185858315 – 5754192

Correo : katheholi@live.com

AUXILIAR DE EMFERMERIA



PERFIL LABORAL

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

ESTUDIOS

RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA (2018)

PRACTICAS AIEPI
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA (2017)

SEMINARIO DE MATERNIDAD SEGURA I II
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA (2017 - 2019)

CURSO SOPORTE EN SALUD OCUPACIONAL (2017)
SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA

TECNICO AUXILAR DE ENFERMERÍA
FUNDACIÓN SAN MATEO (2009)

EXPERIENCIA LABORAL

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente (10/11/2021 hasta 07/02/2022)

Funciones específica:

1. Apoyar en la adecuada implementación de los protocolos institucionales para el manejo, la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID-19.
2. Diligenciar el instrumento de registro de condiciones al ingreso de los estudiantes, docentes y administrativos de la IED asignada, de acuerdo con el lineamiento del MEN, la SED y respectivo protocolo institucional.
3. . Efectuar bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos COVID19 en la IED, en el formulario alojado en la página institucional de la SED.
4. Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED manejo inicial a presuntos casos COVID 19 y activar ruta de atención.
5. Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativa) para la prevención del contagio por COVID 19 en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio
6. . Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable para mitigación de contagio por COVID 19, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio.

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente (26/06/2020 hasta 09/11/2021)

1. Ejecutar las actividades del mes de junio de acuerdo al lineamiento del proyecto de Mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica puntos de entrada terminales portuarios.
2. Soportes de envío vía web de Consolidado general de seguimientos COVID 19 Aeropuerto internacional el Dorado.
3. Captación de pasajeros de países de riesgo
4. Búsqueda de pasajeros sintomáticos y su canalización a Centro Médico Colsanitas el Dorado, para valoración médica.
5. Revisión de declaraciones general de aeronaves parte sanitaria de vuelos internacionales. En tiempo real cuando la tripulación ingrese a inmigración se debe verificar la notificación de pasajeros enfermos a bordo.
6. Comunicación de riesgo a viajeros, proveer información de prevención y medidas de auto cuidado para viajeros, especialmente a quienes viajan a zonas de riesgo de enfermedades transmisibles y vectoriales o demás alertas epidemiológicas. Como Sarampión, Fiebre amarilla, Virus del Ébola, COVID 19 con métodos de prevención a través de vacunación y canalización al punto de PAI, signos y síntomas de las mismas enfermedades y alertas ambientales.

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS (junio 2017 a diciembre 2021)

PIC CUADRANTES SALUDABLES

Funciones específicas:

1. Asistencias técnicas.
2. Barrido rápido, caracterización de equipamientos de las comunas y/o corregimiento.
3. Sistematización de bases de datos de productos realizados.
4. Asesoría integral en casa a la población objeto para la identificación de riesgos, contempla caracterización, concertación del plan familiar y canalización y orientación.
5. Participación en Jornadas de Salud de técnicos de enfermería convocadas por la Secretaria de Salud y/o seguimiento de esquema de vacunación según PAI a niños y niñas menores de cinco años.
6. Asesoría integral en casa para realizar seguimiento y plan familiar - esta visita se debe programar a más tardar 1 mes después de la caracterización de la familia. (primera visita).
7. Realización de actividades de información, educación y comunicación de salud dirigida a la comunidad en las comunas 2, 3, 4 y corregimiento 1.
8. Presentación de soportes de actividades de acuerdo a los requerimientos técnicos de calidad y cantidad.

• HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS (07 al 31 de enero 2020)

• PUESTO DE SALUD LUIS CARLOS GALAN CAZUCA

Funciones específicas

1. Realizar la demanda inducida a los diferentes programas de PyP.
2. Realizar toma de tensión arterial.
3. Apoyar y liderar los talleres de preparación para la maternidad y paternidad, curso de hipertensos, diabéticos y sintomáticos respiratorios así como la capacitación de usuarios en la sala de espera.
4. Impartir educación individual al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a su situación.
5. Se realiza seguimiento a pacientes para que asistan al servicio de citología, crecimiento y desarrollo y a gestantes.
6. Se realiza Lavado y empaque de instrumental médico quirúrgico para envío a esterilización
7. Elaborar los informes mensuales del Programa de gestantes, 4505
8. Realizar diligenciamiento de la 4505.
9. Semaforizar los insumos del centro médico
10. Realizar la búsqueda de usuarios para toma de baciloscopia que cumplan con las condiciones y enviarlas a laboratorio
11. Participar en las actividades asignadas como talleres, jornadas de salud, capacitación etc.

Katherine Galeano

Referencias y certificaciones a solicitud del interesado.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.024.533.990**

GALEANO ACOSTA

APELLIDOS

KATHERINE ANDREA

NOMBRES

Katherine Galeano

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

A+

G.S. RH

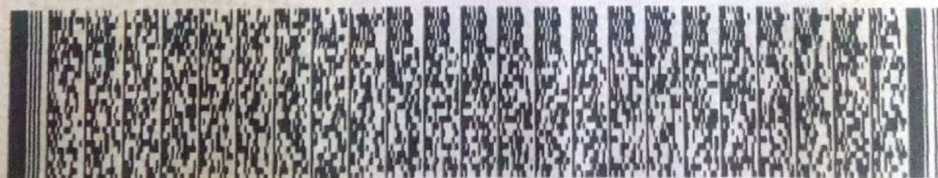
F

SEXO

26-OCT-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1524700-01104839-F-1024533990-20191020

0068406171A 2

9910554659

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 207288842



WEB

15:58:44

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 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) KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024533990:

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 Relacionamento 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.

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 jueves 13 de octubre de 2022, a las 16:00:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1024533990
Código de Verificación	1024533990221013160013

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:01:20 PM horas del 13/10/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1024533990

Apellidos y Nombres: GALEANO ACOSTA KATHERINE ANDREA

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.

[Volver al Inicio](#)



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, 13/10/2022 05:05:09 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1024533990** y
Nombre: **KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA.**

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. **43946960** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Busqueda Imprimir

Información ...

5159000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

www.policia.gov.co

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14871438892



(415)7707212489984(8020) 000001487143889 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 4 5 3 3 9 9 0

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 2 4 5 3 3 9 9 0

27. Fecha expedición

2 0 1 0 1 0 2 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GALEANO

32. Segundo apellido

ACOSTA

33. Primer nombre

KATHERINE

34. Otros nombres

ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Soacha

7 5 4

41. Dirección principal

CR 6 A ESTE 22 14

42. Correo electrónico

katheholi@live.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 8 5 8 5 8 3 1 5

45. Teléfono 2

3 0 4 3 8 7 2 8 5 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7 0 7 0 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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
4 9

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2022 - 10 - 13 / 18 : 38: 15

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GALEANO ACOSTA KATHERINE ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14871438892



(415)7707212489984(8020) 000001487143889 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 4 5 3 3 9 9 0 2

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 9

72. Número

2 0 1 5 0 4 1 0

73. Fecha

2 0 1 5 0 4 1 0

74. Número de notaría

0 3

75. Entidad de registro

2 0 1 5 0 4 1 0

76. Fecha de registro

0 0 0 2 5 6 1 4 4 2

77. No. Matrícula mercantil

1 1

78. Departamento

0 0 1

79. Ciudad/Municipio

82. Nacional %

83. Nacional público %

84. Nacional privado %

85. Extranjero %

86. Extranjero público %

87. Extranjero privado %

Vigencia

80. Desde

81. Hasta

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 5 0 4 1 2		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14871438892



(415)7707212489984(8020) 000001487143889 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 4 5 3 3 9 9 0 2

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Expendio a la mesa de comidas preparadas 5 6 1 1
162. Nombre del establecimiento RESTAURANTE EL PORTAL DE LOS CRISTALES	
163. Departamento Cundinamarca 2 5	164. Ciudad/Municipio Soacha 7 5 4
165. Dirección CL 22 # 6 B - 09 ESTE	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 0 2 5 6 1 4 4 4	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 5 0 4 1 0
168. Teléfono 7 2 6 2 6 4 7	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	
161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	
164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	
167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	
169. Fecha de cierre	
160. Tipo de establecimiento	
161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:	
163. Departamento	
164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	
167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	
169. Fecha de cierre	

	FORMATO SARLAFT		Codigo	TH_FTO_45	
			Version	0	
			Vigencia	7/6/2022	
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 ☒	SERVIDOR PUBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL: <input type="text"/>
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Galeano		Acosta		Katherine	Andrea
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		1,024,533,990		Bogotá	2010-10-26
PASAPORTE ☐		OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1992-09-10		Bogotá		Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐				1	1
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>					CONTRATISTA
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Kr 6 A este # 22 - 14		Soacha	Cundinamarca	Colombia	5754192
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
katheholi@live.com		N/A		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A		N/A		N/A	N/A
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		N/A		N/A	N/A
PASAPORTE ☐		OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☒	
				NACIONALIDAD:	N/A
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
PROFESIONAL ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. ☐		
INDEPENDIENTE ☐					
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	IVA	CODIGOS C I T U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	8699	
			ICA	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		ESE Región de Salud Soacha	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐ SALUD ☒	# NIT
					800006850-3
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐				
OTRA ☐	CUAL: <input type="text"/>				

	FORMATO SARLAFT		Codigo		TH_FTO_45														
			Version		0														
			Vigencia		7/6/2022														
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS											
CL 13 9 35		4656235		SOACHA		C/MARCA		COL											
CARGO ACTUAL			AUXILIAR DE ENFERMERIA			FECHA VINCULACION		N/A											
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO																			
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION		TIPO SOCIEDAD									
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
5. INFORMACIÓN FINANCIERA																			
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES			ACTIVOS		PASIVOS											
SALARIOS			\$ 0			GASTOS FAMILIARES		\$ 100,000			AHORROS		\$80		SALDO HIPOTECA		\$50		
HONORARIOS			\$ 0			ARRIENDOS		\$ 220,000			INVERSIONES		\$ 0		TARJETAS DE CREDITO		\$ 0		
ARRIENDOS			\$ 0			CUOTA VEHICULO		\$ 0			VEHICULOS		\$ 0		DEUDA VEHICULOS		\$ 0		
COMISIONES			\$ 0			CUOTA VIVIENDA		\$ 0			PROPIEDADES		\$ 0		DEUDAS TERCEROS		\$ 0		
OTROS INGRESOS*			\$ 800,000			OTROS EGRESOS*		\$ 450,000			OTROS ACTIVOS*		\$ 500,000		OTROS PASIVOS*		\$100.000		
TOTAL INGRESOS			\$ 800,000			TOTAL EGRESOS			\$ 770,000			TOTAL ACTIVOS		\$ 500,000		TOTAL PASIVOS		\$100.000	
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										
Cruz			Acevedo			Jenny			Alexandra										
DIRECCION			CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS			TIPO RELACION			TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR										
Kr 1 # 16 -09			Soacha/ Cundinamarca/ Colombia			Compañera de Trabajo			3203184214										
7. REFERENCIA FINANCIERA																			
NOMBRE ENTIDAD			TIPO DE PRODUCTO			NUMERO		SUCURSAL		TELEFONO									
Banco Caja Social			Cuenta de Ahorros			24074930610		Ventura / Soacha		3138000									
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:								CUAL:											
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐																			
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS																			
<p>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 Sup erintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":</p> <p>1. Que los recursos que entregue y entregará a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):</p> <div>AUXILIAR DE ENFERMERIA</div> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lícitas.</p> <p>5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.</p> <p>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 s e 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.</p> <p>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</p>																			
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS																			
<p>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.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>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.</p> <p>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</p>																			

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	7/6/2022

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 tratan 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:

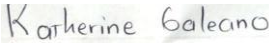
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales 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 Prestadas de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con 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) Envío 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 mí.
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 comparten, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previstos 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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA identificado(a) con CC 1024533990 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 01/07/2017

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM SOACHA

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 13 días del mes de octubre del año 2022.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.533.990**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Octubre del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GALEANO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ACOSTA	NOMBRES KATHERINE ANDREA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1024533990	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 10 MES 09 AÑO 1992	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 1 16 09 CASA LAS VILLAS		
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO CUNDINAMARCA	
DEPTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA		
MUNICIPIO SANTA FE	TELÉFONO 5754192	EMAIL katheholi@live.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2010

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)								
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:								
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)		
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)				
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).								
MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
PREGRADO	4	X				12	2009	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS SIN DATO							
DEPARTAMENTO SIN DATO	MUNICIPIO SIN DATO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
	Día	01	Mes	06	Año	2017	Día	01	Mes	08	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN CALLE 13 10 48, Soacha, Cundinamarca							

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7309230	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
	Día	01	Mes	06	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA COMUNITARIA			DIRECCIÓN calle 13310-95							

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	4	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	9



El servicio público
es de todos

Función
Pública

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, KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1024533990

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 6B ESTE 22 14 CASA LOS CRISTALES

TELÉFONO: 3185858315 5754192

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NICOLAS CRUZ GALEANO	1011203801	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3º, 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	\$19.800.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	\$0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	\$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$19.800.000

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
--------------------	----------------	------------------	-------------------	--------------------

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

Nº

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

Katherine Galeano

Soacha 14-oct -2022

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAPP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770

 <div>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</div>	FORMATODEOFERTADEPRESTACIÓNDESERVICIOS		
	PROCESO:Gerenciadeltalentohumano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 14 de octubre de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Katherine Andrea Galeano Acosta identificada con cedula No. 1.024.533.990 De Bogotá, interesada en la oferta de prestación de servicios de: Auxiliar de Enfermería, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

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

Atentamente,

Katherine Galeano.

C.C.1.024.533.990 De Bogotá

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA.PBX6017309230ext109
Email: www.hmgty.com.co Calle13No9-85.Calle13No10-48.
Soacha–Cundinamarca-Colombia.

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 e invite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

Página 1 de 1

 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, 14 de octubre de 2022

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo Katherine Andrea Galeano Acosta, identificada con Cedula de ciudadanía No. 1.024.533.990 de Bogotá, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, **b)** Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Katherine Galeano.

C.C. No. 1.024.533.990 De Bogotá

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

ARL Sura

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Katherine Andrea Galeano Acosta

Nº Documento: 1.024.533.990

Fecha de Nacimiento: 10 /09/ 1992

Dirección: Kr 6 A este # 22 - 14

Teléfono. Fijo – Celular: _ 5754192 / 3185858315

E-mail: katheholi@live.com

EPS: Famisanar

AFP: Porvenir

Firma Contratista:

Katherine Galeano.

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

DATOS AFILIACIÓN:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

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

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha **14 de octubre del 2022**

Señores:

FUNDACIÓN SAN MATEO

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

Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo **Katherine Andrea Galeano Acosta**, 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 Artículo 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 REGIÓN DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título)

Obtenido) Cordialmente;

Firma

Katherine Galeano.

Nº Documento

CC: 1.024.533.990

Dirección de contacto: Kr 7 # 18 – 99

Teléfono: 7814357

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

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

Yo Katherine Andrea Galeano Acosta, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.024.533.990, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN 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 REGIÓN 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 especificar las 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 REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA:**

Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN 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 directivos 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 utilizar la información confidencial de forma que pudiese causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN 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

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

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 REGIÓN DE SALUD SOACHA** me obligo 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 esto tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procuraré 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

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 14 días del mes de octubre del 2022

Katherine Galeano.



Firma y huella

3185858315

Celular No.

katheholi@live.com

Correo institucional



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunado	Cédula del vacunado
COVID-19	1	04-03-21	Pfizer	EN1195 30-06-21	UMHE Fontibón	Claudio Mohecho	52960206 de B6
	2	25-03-21	Pfizer	EN1195 30-6-21	Umhe Fontibón	Angela Aguado	7016009940
		29-11-21	Moderna	077201A 19-11-21	RSC CAPETANO	Melany Corado	39582478

Dr ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional

EVALUACION OCUPACIONAL RSSC: 2575453266

Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12700 DE 01/11/2017

Consecutivo: 279

Nombre: KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA

Identificacion: CC 1024533990

Empresa: HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

Cargo a desempeñar AUXILAIR DE ENFERMERIA

Edad: 29 año(s) 2 Mes(es) y 19 Día(s)

Fecha nacimiento: 10/09/1992

Examen: INGRESO

Fecha: Lunes, 8 de noviembre de 2021



Concepto de aptitud

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

RECOMENDACIONES

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

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

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

VER ANEXO VALORACION OSTEOMUSCULAR AL RESPALDO

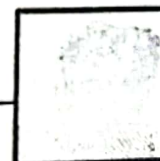
Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional



FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017

Katherine Galeano
FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N°1024533990



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

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: **Katherine Andica**
Apellidos: **Galeano Acosta**
Documento de identidad: C.C.X 11, Pasaporte No. **1024533990**
Fecha de nacimiento: Día **10** Mes **09** Año **1992**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	8-11-18	0128W13002	Paola Q
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	13-5-13	D2299	Cmily C
	2	19-6-13	D2299	Cmily C
	3	20-12-13	D2288	Paola Q
	4	5-1-19	2215013781	Paola Q
	5			
Hepatitis B	1	13-5-13	AHUN711A	Yuliet
	2	19-6-13	AHUN711A	Yuliet
	3	20-12-13	0328002A	Paola Q

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otros				

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

Ministerio de Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombre: Katherine Andrea

Apellidos: Galeano Acosta

Documento de identidad: CC.VM Passaporte No. 1024533990

Fecha de nacimiento: 10 Mar 09 de 1992

Nombre	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	SP's vacunados Número autorizado
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Vacuna Tetraavalente (T4)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Virus atenuado	1			
	2			
VPI	1			
	2			

Nombre	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	SP's vacunados Número autorizado
Influenza B	1			
	2			
	3			
Influenza A	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Única	<u>25 JUL 2021</u>	<u>Vaccinación</u>	<u>5</u>
OTRO				



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
RECONOCE EL TÍTULO PARA TODOS
LOS EFECTOS LEGALES
10 de Noviembre de 2009
2009-25-111

La República de Colombia

y en su nombre



Fundación San Mateo

Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Soacha - Cundinamarca

Aprobación Oficial Autorizada Mediante Acuerdo No. 48 del Ministerio de Salud
de febrero 12 de 2002 y Resolución No. 006253 de diciembre 9 de 2002
expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca.

Comprobado el Cumplimiento de los Requisitos Legales y Académicos Pertinentes,
Así como la Culminación Satisfactoria de los Estudios Curriculares con
una intensidad de mil ochocientas (1800) horas se confiere el certificado a:

Katherine Andrea Galeano Acosta
C.I. 920910-54517 De Soacha

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Técnico en

Auxiliar de Enfermería

Dado en Soacha, Cundinamarca, a los veintiocho (28) días del mes de Noviembre del año 2009
anotado en el Folio 10 del libro No. 1 de Registro de Graduaciones de la
Fundación San Mateo.

Adriana Payano C.
Directora General

Jenny Lizeth Bello M.
Secretaria General

Luz Marina Quintero B.
Dirección Académica

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 183



FUNDACIÓN SAN MATEO Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

En Soacha, Cundinamarca, a los Veintiún (21) días del mes de Noviembre del año 2009. Se reunieron en las instalaciones de la institución la Dirección General, Académica y Secretaría General con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado de la **FUNDACIÓN SAN MATEO**, persona jurídica identificada con Nit. 832.008.253-1, autorizada mediante Acuerdo No. 48 del Ministerio de Salud de febrero 12 de 2002 y Resolución No. 006253 de diciembre 9 de 2002 expedida por la secretaria de Educación de Cundinamarca.

Comprobado el cumplimiento de los requisitos legales y académicos pertinentes, así como la culminación satisfactoria de los estudios curriculares, con una intensidad de mil ochocientas (1800) horas se confiere el certificado de:

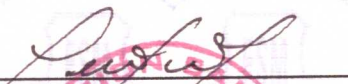
APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Al Graduando:

Katherine Andrea Galeano Acosta
T.I. 920910-54517 de Soacha

Dado en Soacha, Cundinamarca, a los veintiocho (28) días del mes de Noviembre del año 2009 anotado en el folio 10 del libro No. 1, de Registro de Graduaciones de la FUNDACIÓN SAN MATEO.


LUZ ADRIANA PATIÑO C.
DIRECTORA GENERAL


JENNY LIZETH BELLO M.
SECRETARIA GENERAL


LUZ MARINA QUINTERO P.
DIRECCION ACADEMICA

125



CUNDINAMARCA
unidos podemos más

RESOLUCIÓN No. 211
10 MAR. 2017

"Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional"

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de sus facultades legales y reglamentarias en especial las conferidas por el Decreto 1352 del 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que **GALEANO ACOSTA KATHERINE ANDREA**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. **1024533990**, expedida **BOGOTA D.C.**, solicitó ante esta Secretaría de Salud la autorización, para ejercer como **APTITUD OCUPACIONAL TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**; diploma otorgado por, **LA FUNDACION SAN MATEO EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO EN SOACHA CUNDINAMARCA**, según **ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 183 DE FECHA 28 DE NOVIEMBRE DE 2009**

Que dicho certificado de aptitud ocupacional, no requiere Registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2º. de la Resolución 08211 de 1999

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante, este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **GALEANO ACOSTA KATHERINE ANDREA**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. **1024533990**, expedida en **BOGOTA D.C.**, para ejercer como **APTITUD OCUPACIONAL TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, y tiene efectos en el Territorio Nacional

ARTÍCULO SEGUNDO: Con la presente Resolución, quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en salud (ReTHUS)

ARTÍCULO TERCERO: Notificar la presente resolución conforme a lo dispuesto en el Art. 67 y siguientes del CPACA, advirtiéndole que contra la misma procede el recurso de reposición que se interpondrá dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C, el **10 MAR. 2017**

ANA LUCIA RESTREPO ESCOBAR
Secretaria de Salud

Proyecto: Jeneth Flores

Revisó: Doris E. Rodríguez

V.B. CAJAJ Alfonso Sánchez

BOGOTA D.C. 08-Junio-2017

A la fecha fue notificado personalmente al

SEÑOR(A) Katherine Galeano

CC No. 1024533990

Firma **Katherine Galeano**

892