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: LUZ EDITH MORENO ROJAS

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

Cordialmente,

Luz Edith Moreno R

Nombre del Contratista: LUZ EDITH MORENO ROJAS
CC: 52102669
Dirección: CALLE 34 # 14 00 ESTE
Email: cheo318@hotmail.com

Teléfono/ Celular: 3112146413

HOJA DE VIDA



Datos Personales

NOMBRE	Luz Edith Moreno Rojas
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52102669 de Bogotá
ESTADO CIVIL	Casada
CIUDAD	Soacha (San Mateo)
DIRECCIÓN	CLL 34 No14-00 este
TELÉFONO	3112146413 – 3132158493
E-MAIL	cheo318@hotmail.com

Perfil Profesional

Con el objeto que sea analizada hago llegar a ustedes mi hoja de vida, para evaluar mis posibilidades de trabajo en su empresa. Además de ofrecer mis servicios y poseer las cualidades técnicas e intelectuales para el cargo, me presento como una persona responsable, puntual, atenta y con espíritu de trabajo, cualidades personales y sociales que me hacen una persona digna representante del cargo solicitado.

Estudios

Estudios Primarios: INSTITUCIÓN EDUCATIVA CONSENTRACIÓN REPUBLICA DE ITALIA

Estudios Secundarios: COLEGIO DISTRITAL VENECIA

Estudio técnico: INSTITUTO INGABO
Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería
2002

Estudio Técnico: SENA

Técnico en salud publica

2018-2019.

Talleres y Cursos

SENA
Técnico en salud publica
2018-2019

CAFAM
Soporte en Salud Ocupacional
Octubre 2016

INSTITUTO INGABO
Técnico Laboral como Auxiliar de Enfermería
2002

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCION CUNDINAMARCA D.C.
Primeros Auxilios I y II Camilleros e inyectología intramuscular 84 horas
Octubre de 2000

SENA
Cooperativismo Básico 40 horas
Octubre de 2005

SENA
Atención al Cliente 40 horas
Noviembre de 2005

SENA
Emprendimiento Empresarial 74 horas
Abril de 2006

SENA
Atención y Orientación a los usuarios de Salud 40 horas
Abril de 2009

SENA
Informática Básica 40 horas.
Mayo de 2009

Experiencia Laboral

HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS
CARGO: Auxiliar de enfermería CIRCULAR 004
FUNCIONES: Identificación, notificación y seguimiento a casos y eventos importantes en salud pública a las familias, tuberculosis/ira.
Orientación e información a las diferentes necesidades en salud a la comunidad en general, promoción y prevención brindando respuesta oportuna, a casos requeridos.
Realización de informes mensuales.
JEFE INMEDIATO: SONIA PINZON
TELEFONO: 3105723721
TIEMPO: 04/08/2022 al 31/10/2022

HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS
CARGO: Auxiliar de enfermería PIC
FUNCIONES: Identificación, notificación y seguimiento a casos y eventos importantes en salud pública a las familias.
Orientación e información a las diferentes necesidades en salud a la comunidad en general, promoción y prevención brindando respuesta oportuna, a casos requeridos.
Realización de informes mensuales.
JEFE INMEDIATO: SONIA PINZON
TELEFONO: 3105723721
TIEMPO: 15/03/2021 al 31/12/2021

O.I.M ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES.
CARGO: Técnico en vigilancia en salud pública.
FUNCIONES: Identificar riesgos en salud a la comunidad, venezolana y colombiana, educando mediante talleres y actividades de salud donde se notifican eventos y casos importantes a entes territoriales competentes.
Capacitación a líderes y sus familias en promoción y prevención respecto a las 18 practicas.
Informar y orientar a los usuarios dando respuesta oportuna a las diferentes necesidades en salud.
Realización de informes mensuales.
JEFE INMEDIATO: Adriana Betancourt
TELEFONO: 3102696269
TIEMPO: 08/04/2019 al 14/06/2020

JARAMILLO PEREZ Y ASOCIADOS
CARGO: Auxiliar de enfermería
FUNCIONES: Tamizaje y valoración para niños de primera infancia.
Realización de informes diarios.
Notificación de casos de desnutrición.
JEFE INMEDIATO: Fernando Barreto
TELEFONO: 3005710908
TIEMPO: 01/10/2018 - 31/10/2018

ESE MUNICIPAL DE SOACHA
CARGO: Enfermera
FUNCIONES: Mediante visitas domiciliarias verificar estado de salud de las familias notificando eventos en salud importantes, educando y orientando en promoción y prevención.
Realización de informes mensuales.
JEFE INMEDIATO: Felicia Cervantes
TELEFONO: 3006303986
TIEMPO: 01/02 /2017-28/072/2019

Referencias Familiares

GLADYS AMPARO MORENO
Cargo: Independiente
Teléfono: 3115324106

BRIGITHE MORENO TRIANA
Cargo: Terapeuta Ocupacional.
Teléfono: 3133657231

Referencias Personales

MAHOLY VELASQUEZ AHUMADA
Cargo: Jefe de Enfermería
Teléfono: 3214873058

ASTRID CABANZO SÁNCHEZ
Cargo: Enfermera
Teléfono: 3115942139

Luz Edith Moreno R

LUZ EDITH MORENO ROJAS
C.C 52.102.669 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.102.669**

MORENO ROJAS

APELLIDOS

LUZ EDITH

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-SEP-1972**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-AGO-1991 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00647604-F-0052102669-20141126 0041374533A 1 6723055484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 207265740

WEB
12:13:29

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) LUZ EDITH MORENO ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52102669:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de octubre de 2022, a las 12:17:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52102669
Código de Verificación	52102669221013121706

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:04:04 PM horas del 13/10/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52102669**

Apellidos y Nombres: **MORENO ROJAS LUZ EDITH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/10/2022 01:31:41 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52102669** y Nombre: **LUZ EDITH MORENO ROJAS.**

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. **43925307** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2 Concepto 0 2 Actualizacion

4 Número de formulario 14871370996

(415)7707212489984(8020) 000001487137099 6

5 Numero de Identificacion Tributaria (NIT)	6 DV	12 Dirección seccional	14 Buzon electrónico
5 2 1 0 2 6 6 9	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24 Tipo de contribuyente	25 Tipo de documento	26 Numero de Identificacion	27 Fecha expedición
Persona natural o sucesion iliquida 2	Cedula de Ciudadania 1 3	52102669	1 9 9 1 0 8 1 5

Lugar de expedicion 28 Pais	29 Departamento	30 Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D C 1 1	Bogotá D C 0 0 1

31 Primer apellido	32 Segundo apellido	33 Primer nombre	34 Otros nombres
MORENO	ROJAS	LUZ	EDITH

35 Razon social

36 Nombre comercial	37 Sigla

UBICACIÓN

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

41 Direccion principal
CL 34 14 00 ESTE BRR SAN MATEO

42 Correo electrónico cheo318@hotmail.com

43 Código postal	44 Teléfono 1	45 Teléfono 2
	3 1 1 2 1 4 6 4 1 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46 Código	47 Fecha inicio actividad	48 Código	49 Fecha inicio actividad	50 Código	1	2	51 Codigo	52 Numero establecimientos
8 6 9 9	2 0 0 0 1 2 0 4							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53 Codigo	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros										
54 Codigo	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 renovacion

Para uso exclusivo de la DIAN

59 Anexos SI [ ] NO [X] 60 No de Folios. 0 61 Fecha 2022 - 10 - 13 / 14 57 01

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripcion, actualizacion, suspensión y cancelacion del Registro Unico Tributario (RUT), debera ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, segun el caso.
Paragrafo del articulo 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 MORENO ROJAS LUZ EDITH
985 Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF 13-10-2022 02 57 20PM

REGIÓN DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	8
		Vigencia	6/07/2022

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

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

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

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

PROVEEDOR [ ] PARTICULAR [ ] CONTRATISTA OPS [X] SERVIDOR PUBLICO [ ] OTRO [ ] CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MORENO	ROJAS	LUZ	EDITH

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. [X] C.E. [ ] R.C. [ ] NUIP [ ]	52102669	BOGOTA	1991-08-15
PASAPORTE [ ] OTRO [ ]		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [X] NO [ ]	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1972-09-08	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) [ ] CASADO(A) [X] DIVORCIADO(A) [ ] UNION LIBRE [ ] VIUDO(A) [ ]	2	2	3112146413

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER [ ] POSGRADO [ ] UNIVERSITARIO [ ] BACHILLER [ ] PRIMARIA [ ] TECNICO [X] TECNOLOGO [ ] OTRO [ ] CUAL: Auxiliar de enfermeria	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 34 No 14 00 ESTE	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
chep318@hotmail.com		PROPIA [X] FAMILIAR [ ] ARRENDADA [ ]

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
...OGA	SIERRA	LUIS	FERNANDO

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. [X] C.E. [ ] R.C. [ ] NUIP [ ]	79842679	BOGOTA	1995-04-06
PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI [X] NO [ ]	NACIONALIDAD: COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO [ ] ESTUDIANTE [ ] HOGAR [ ] PENSIONADO [ ]
SOCIO [ ] CONTRATISTA [X] COMERCIANTE [ ] EMPLEADO PUBLICO [ ]
PROFESIONAL INDEPENDIENTE [ ] EMPLEADO SOCIO [ ] OTRA.... [ ]
CUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI [ ]	IVA	SI [ ]	NO [X]	8699
	NO [X]	ICA	SI [ ]	NO [X]	PRINCIPAL: [X] SECUNDARIA: [ ]

GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [X]	AGENTE RETENEDOR	SI [ ] NO [X]	AGENTE AUTORETENEDOR	SI [ ] NO [X]

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ] SERVICIOS [ ] SALUD [X]	# NIT	800006850-3

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICO [ ] FINANCIERO [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]

OTRA [X] CUAL: SALUD

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 No9 85	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2022-08-01

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	$ 2.178.000	GASTOS FAMILIARES	$ 700.000	AHORROS	$ 1.000.000	SALDO HIPOTECA	$ 18.000.000
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 2.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 210.000	PROPIEDADES	$ 100.000.000	DEUDAS TERCEROS	$ 5.000.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 300.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 2.178.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.210.000	TOTAL ACTIVOS	$ 101.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 25.000.000

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
CABANZO	SANCHEZ	ASTRID	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 34 No 14 09 ESTE	SOACHA	AMIGA	3115942139

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	121-860018-46	SOACHA	3434000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 900065550-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Luz Edith Moreno R.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ EDITH MORENO ROJAS identificado(a) con CC 52102669 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/11/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO SOACHA VENTURA TERREROS**
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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORENO ROJAS LUZ EDITH** identificado(a) con **CC** número **52.102.669** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de octubre de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MORENO	ROJAS	LUZ EDITH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52102669 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 08 MES 09 AÑO 1972

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 34 No 14 00 ESTE

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

TELÉFONO: 3112146413 EMAIL: cheo318@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1994
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	3	X			12	2002	N/A

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE 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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALID SOACHA	*PUBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 6017309230	*FECHA DE INGRESO* DÍA 04 MES 08 AÑO 2022		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 10 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* CIRCULAR 004		*DIRECCIÓN* CALL 13 No 9 85
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS	*PUBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 6017309230	*FECHA DE INGRESO* DÍA 15 MES 03 AÑO 2021		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN* CALL 13 No 9 85
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD O. I. M.	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* oimbogota@oim.int
TELÉFONOS 3102696269	*FECHA DE INGRESO* DÍA 08 MES 04 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DÍA 14 MES 06 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO TECNICO EN VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN* CRA, 14 No 93 B 46
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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	2	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 14 DE OCTUBRE DEL 2022

Luz Edith Moreno

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Periodo Declarado: 01/01/2021 - 31/12/2021

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ EDITH MORENO ROJAS

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 52102869 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: {"tipoVia":{"id":"337","sigla":"CALLE","descripcion":"CALLE"}," TELÉFONO: 3112146413

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
BRAYAN CAMILO QUIROGA MORENO	1010137154	HIJO(A)
LAURA ALEJANDRA QUIROGA MORENO	1022430386	HIJO(A)
MARIA OLIVA ROJAS REINA	41981875	MADRE
Jose Vicente Moreno Ladino	2981875	PADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$10.890.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$10.890.000

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
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	221860010646	BANCOLOMBIA	2.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLES	CALLE 34 N° 14-00 ESTE	100.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO CAJA SOCIA	HIPOTECARIO	10 000 000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
LUIS FERNANDO QUIROGA SIERRA	C.C. X C.E. T.I.	79842879

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

Luz Edith Moreno
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha 14-10-2022
CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAP

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

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

Soacha, 14 de 10 de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo LUZ EDITH MORENO ROJAS identificado(a) con cedula No. 52102669 de BOGOTA interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: AUXILIAR DE ENFERMERIA manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

Luz Edith Moreno R.

C.C. 52102669

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 10__de 2022_

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

Yo LUZ EDITH MORENO ROJAS identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 52102669 DE BOGOTA por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,

Luz Edith Moreno Rojas

C.C. No. 52102669 de BOGOTA_

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

ARL COLPATRIA__

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: LUZ EDITH MORENO ROJAS

Nº Documento: 52102669

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

Dirección: CL 34 #14-00 ESTE

Teléfono. Fijo – Celular: 3112146413

E-mail: CHEO318_HOTMAIL.COM

EPS: FAMISANAR

AFP: PROTECCION

Firma Contratista: Luz Edith Moreno R

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

.....

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

AXA COLPATRIA

EMPLEADO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Nombre:	LUZ MORENO ROJAS
Tipo de documento:	CÉDULA
Número de documento:	52102669

DATOS DEL CONTRATO

Nit Empresa en Misión:	0
Nombre Empresa en Misión:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E
Código Sucursal:	SUCURSAL 3
Nombre Sucursal:	ESPECIALISTAS
Codigo Centro de trabajo:	CTRAB 003
Nombre Centro de trabajo:	GENERAL
Tasa de Riesgo:	2.436
Número contrato:	9437
Fecha Inicio contrato:	25/07/2022
Fecha Fin contrato:	30/11/2022
Tipo de Contrato	ADMINISTRATIVO
Valor del Contrato:	8712000
Estado del Contrato:	VIGENTE

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

Soacha 14/10/2022___

Señores:

INSTITUTO INGABO

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo LUZ EDITH MORENO ROJAS_en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

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

TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Luz Edith Moreno R.

N° Documento 52102669_____

Tarjeta Profesional N° 52102669_____

Dirección de contacto CLL 34 # 14-00 ESTE_____

Teléfono 3112146413_____

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

Yo, LUZ EDITH MORENO ROJAS, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 52102669, expedida en BOGOTA, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

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

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

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

Luz Edith Moreno R

Firma y huella

3112146413

Celular No.

Cheo318@hotmail.com

Correo institucional

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Ingr Edith

Apellidos: Moreno Reyes

Documento de identidad: CC X pasaporte PEP otro cual

No. 52102669

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 09 Año 1972

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	Jurisdicción vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	14-01-21	Pfizer	ET6924	01 HOSPITAL DE VENECIA ESE VACUNACIÓN COVID	[illegible]	52231367
	2	junio 14 21	Pfizer	EW0210		Juanita Naya F. AUX. DE ENFERMERIA C.C. 1.233.910.075	
Ref		04-04-22	Janssen	302721A	Siemens	Adriana Lucia Hernandez C.C. 1.098.807.111 Aux Enfermeria	

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
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: LUZ EDITH

Apellidos: MORENO ROJAS

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52102669

Fecha de Nacimiento: Día 08 Mes 09 Año 1972

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	30-10-17	D2299	JESSICA V.
	2	30-11-17	D2298	DAMIAN
	3	13-12-1298	0 22	
	4	10/4/2-18	2	
	5	5/12/18		
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

EMPRESA SALUD SEOL ... MATEO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Luz Edith
Apellidos:	Moreno
Documento de Identidad:	CC X TI PASAPORTE No. 52102669
Fecha de Nacimiento:	Día: 08 Mes: 09 Año: 1972

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	13-06-19	22150024	Camilo H.
	2			
	3			
	4			
	5			
Td adultez	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	13-6-19	032[illegible]702BE	Camilo H
	2	10-8-20	032900030	Janine G.
	3	15-8-21	317G19BC	Vicky E.
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: LUZ EDITH

Apellidos: MORENO ROJAS

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 51102669

Fecha de Nacimiento: Día 08 Mes 09 Año 1972

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	30-10-13	D2249	JESSICA V.
	2	20-11-14	D2398	Diana N.
	3	13-12-15	D2261	
	4	10/4/2012	2	E.S.E.
	5	5/12/16		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SEDE
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Luz

Apellidos: Moreno

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 52102669

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 09 Año 1972

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B				
Antirrábica				
Influenza estacional	Anual	Oct 2020	502200144	SSS Luz Moreno
Otras				

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120 583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral: INGRESO - SALUD



Fecha: 12/Jul/2022. **Hora:** 01:47:25 p m
Apellido: MORENO ROJAS
Nombre: LUZ EDITH
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 52102669
Empresa: Particular
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Direccion: CALLE 31 N 14-80 ESTE
Telefono: **Celular:** 3112146113 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Cundinamarca - Soacha

HC : # 41410
Edad: 49 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 08 Sep/1972
Rh: O+

Evaluaciones Realizadas

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto

Apto con recomendaciones

Recomendaciones

Uso de Elementos de Proteccion Personal
Emplear Pausas Activas
Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo
Otras: *MANTENER MEDIDAS PARA PREVENIR CONTAGIO DE COVID 19 DURANTE LA JORNADA LABORAL Y MEDIOS DE TRANSPORTE.
*ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA. MANTENER CUIDADOS Y DESINFECCIÓN EN CASA
*USO DE MEDIAS DE COMPRESION ELASTICAS PARA LABORAR/USAR PROTECCIÓN VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE/ DIETA BALANCEADA: BAJA EN CALORÍAS, GRASAS Y HARINAS. MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLES
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

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

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

Tatiana Martin

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

LUZ EDITH MORENO ROJAS
CC 52102669

Huella Digital

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

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

Powered by CamScanner

República de Colombia

El Instituto de Educación No Formal

Instituto Ingabo

Con autorización Oficial según Acuerdo 23 del 4 de Marzo de 1998 y Acuerdo 27 del 2 de Julio de 1998 de Min Salud y la Resolución No. 300 del 8 de Febrero de 1999 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga el Certificado de

Técnico Laboral

A LUZ EDITH MORENO ROJAS

C.C. 52.102.669 de BOGOTA

Quién cursó, aprobó y cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos en el programa de :

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Con una duración de 2.000 horas

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a los 8 días del mes de DICIEMBRE de 2.002

El Director

Secretaria

Registro Folio No. 54/21 del Libro de Certificados No. 1

Instituto de Educación No Formal " INGABO "

Acuerdos No. 25 del 4 de Marzo de 1998 y No. 27 del 2 de Julio de 1998 del Ministerio de Salud
Resolución No. 300 del 8 de Febrero de 1999 de la Secretaría de Educación

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION DE TECNICO LABORAL

Registro 54 Folio 22 Libro 1

En la Ciudad de Bogotá a los Veinticuatro (24) días del mes de Octubre del año 2.002, se reunieron con el fin de formalizar el Acta de Certificación de los alumnos (as) de **Auxiliar de Enfermería**, los suscritos Director (a) y Secretario (a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, Institución aprobada hasta Nueva Visita según Acuerdos N°. 25 de Marzo 4 de 1.998 y 27 de Julio 2 de 1.998 del Ministerio de Salud y Resolución N°. 300 del 8 de Febrero de 1.999 emanada de la Secretaría de Educación. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Programa, se procedió a otorgar la Certificación de **TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación **LUZ EDITH MORENO ROJAS** C.C. N°. **52.102.669.** de **BOGOTA.**
Es fiel copia del Acta Original General N°. 6 de fecha 24 de Octubre que consta de 85 alumnos que comienzan con el nombre de **ANA BRIGITH AGUDELO GONZALEZ** y se cierra con el nombre de **LISSETTE JOHANNA VELASQUEZ CALDERON** firmado por:

DIRECTORA
C.C. No. 39.716.620 de Bogotá

SECRETARIA GENERAL
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá D.C. a los 8 días del mes Diciembre del año 2.002

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

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre *	Primer Apellido *
Cedula de Ciudadania	52102669	luz	moreno

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9810

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2022-10-14 -12:50:38 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	52102669	LUZ	EDITH	MORENO	ROJAS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LUZ EDITH MORENO ROJAS identificado(a) con CC 52102669 registra La siguiente información:

2022-10-14--12:50:38 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio vigencia Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermeria	2003-01-21	561	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y segun la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).


SALUD
AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitan Yanguas
de Soacha

CERTIFICA QUE:

luz edith moreno rojas

Realizó el curso de:

CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

SANDRA MILENA DUARTE CASTRO
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 4, 2022

CUNDINAMARCA
REGION
Que Progresa!
EN COMUNICACION

Gobernación de Cundinamarca

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitan Yanguas de Soacha

CERTIFICA QUE:

luz edith moreno rojas

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

JORGE HERNANDEZ
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 4, 2022

CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

Gobernación de Cundinamarca

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitan Yanguas
de Soacha

CERTIFICA QUE:

luz edith moreno rojas

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9.73

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 4, 2022

CUNDINAMARCA
TREDION
Que Progresa!
EN COMUNICACIÓN

MATERIAL PROTEGIDO POR DERECHOS DE AUTOR
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

HEALTH TRAINING GROUP

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION HEALTH TRAINING GROUP S.A.S

Y SU DIRECCION CIENTIFICA.

Otorgan la presente

CONSTANCIA A:

LUZ EDITH MORENO ROJAS

CC 52.102.669

Por su participación como asisten a los cursos de:

SOPORTE VITAL BASICO Y DEA.

Guías de lectura, del 01 de julio de 2021 al 06 de julio de 2021. Taller virtual los días 07 y 08 de julio de 2021. Taller práctico 09 de julio 2021, Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015 acreditando 40 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años.

Lo anterior se firma en Bogotá DC. El Día 09 del mes de julio de 2021.

Edisson Osorio García

Si usted como empresa necesita realizar la verificación del certificado por favor comuníquese con nosotros vía WhatsApp al número 3209371146, correo electrónico healthtraininggroup2018@gmail.com

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 16:15:31
LUZ EDITH MORENO...

Buscar | mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Id de página: 23000629 ayuda

Volver | **Últimas modificaciones** | Todos | Seleccionar

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

id del contrato	Number of Contract	Entidad Estatal	tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de
2899759	CPS - 914 - 2022	empresa social del estado region de salud soacha.	Entidad Estatal	08/04/2022 19:00:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	16 días para terminar *(31/10/2022 8:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	LUZ EDITH MORENO ROJAS	8.7
433744	6161-2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.	Entidad Estatal	26/11/2018 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/12/2018 23:59:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	LUZ EDITH MORENO ROJAS	1.1

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS