

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

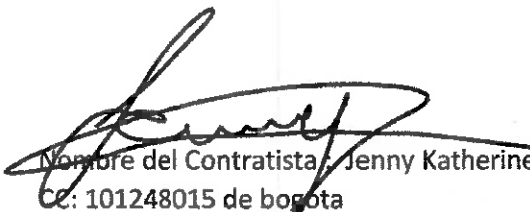
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Jenny Katherine sabogal

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: Jenny Katherine sabogal
CC: 101248015 de bogota
Dirección: kr 18 este 48c 22
Email: Jennysabogalm0712@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3223295574

Sorcha, 14 de Octubre de 2023

Doctora,

ALEXANDRA GONZALEZ MORENO

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SORCHA

Calle 13 # 97

Telefono: (601) 770 92 30

Cordoba

RECIBIDA - PROYECTOS DE VOTACION

Nombre: Jorge Robinson Soto

Estado: Nuevo Leon

Respecto a la solicitud de inscripción en el padrón electoral, se le informa que el proceso de inscripción se encuentra en curso y se le avisará por correo electrónico cuando se complete. Se le recomienda mantener actualizado su correo electrónico para recibir esta información. Si desea más detalles, puede contactar al área de atención al ciudadano al teléfono (601) 770 92 30.

Atentamente,


Jorge Robinson Soto
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SORCHA
Calle 13 # 97
Cordoba

Carrera 18 este 48C 22
Soacha / Cundinamarca
(57) 3223295574
jennysabogalm0712@gmail.com



JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO

HABILIDADES

Soy tecnica en auxiliar de enfermeria, experiencia en administración de medicamentos manejo de gastrostomia, colostomia, cistostomia, curacion de escaras y fistulas acceso venoso, generación de terapias físicas, ocupacionales, fono cambios de posiciones, elaboración de notas de enfermeria toma de signos vitales, atención al paciente y promocion y educacion de salud. Con adaptación y orientación a resultados, organización y servicio al paciente.

EXPERIENCIA

E.S.E Municipal Julio Cesar Peñaloza , Soacha — *Auxiliar de enfermeria*

03/08/2020 Al 31/12/2020

Presta servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermeria para implementar y ejecutar actividades de promoción de salud dentro de la estrategia cuadrantes saludables de la secretaria de salud del municipio de socha y la empresa de salud E.S.E del municipio de soacha.

E.S.E Hospital Mario Gaitan Yanguas, Soacha — *Auxillar de enfermeria*

01/07/2018 Al 31/12/2019

Presta de servicios asistenciales como auxiliar de enfermeria para la ejecución del convenio interadministrativo de cuadrantes saludables entre la secretaria de salud de Soacha y la E.S.E Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha.

EMMANUEL Instituto de Rehabilitacion y Habilidadacion Infantil, bogotá — *Auxillar de enfermeria*

2/04/2015 Al 29/11/2016

Presta el servicios domiciliarios, ejecutando actividades de rehabilitación (física, ocupacional, fono) manejo de sondas(nasogástrica, gástrica,colecistostomia, cistostomia)



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1950

The following is a list of the names of the members of the University of Chicago who have been elected to the office of the President of the American Association of University Professors for the year 1950.

1950

The following is a list of the names of the members of the University of Chicago who have been elected to the office of the President of the American Association of University Professors for the year 1950.

The following is a list of the names of the members of the University of Chicago who have been elected to the office of the President of the American Association of University Professors for the year 1950.

The following is a list of the names of the members of the University of Chicago who have been elected to the office of the President of the American Association of University Professors for the year 1950.

administración de medicamentos, toma de signos vitales, cambios de posiciones, curación de escaras, fístulas, atención del paciente y elaboración de notas de enfermería.

FORMACIÓN

SENA. Soacha Febrero 2021

manejo de la vacuna contra el covid-19, en colombia vacunación covid-19

Asociación ajudisp, Bogotá junio 2021

Toma de muestras de laboratorio

Asociación ajudisp, Bogotá junio 2021

vacunación- PAI

Sabersalud centro de formación en salud, Soacha junio 2019

Atención integral a víctimas de violencia sexual y de género

Secretaría de salud, Soacha Agosto 2019

Seminario de actualización de maternidad segura

Escuela de salud teresa de calcuta, Soacha

sutura básica, 2014

Escuela de salud teresa de calcuta, Soacha

Técnico laboral en auxiliar de enfermería

11 de Abril del 2012 -14 de Diciembre del 2013, Soacha

REFERENCIAS LABORALES

NOMBRE: Stephanie Garzón

CARGO: Auxiliar de enfermería

CELULAR : 3213194127

NOMBRE: FRANCIS ERLY TABARES

CARGO: Auxiliar de enfermería

CELULAR: 3124583168

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: Jeison sanabria

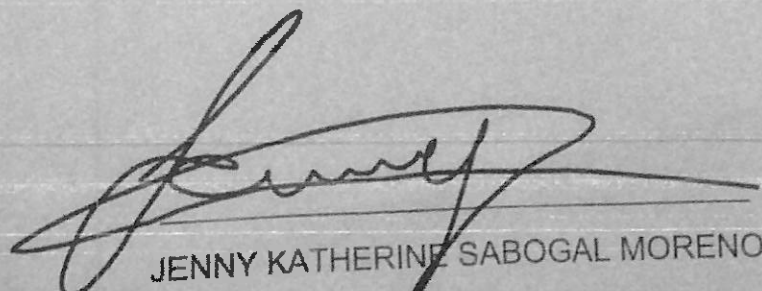
CARGO: Conductor

CELULAR: 3202711491

NOMBRE: Jose raul sabogal

CARGO: Independiente

CELULAR: 3102850681



JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO
C.C 1.012.408.015 DE BOGOTA

STEWART LABORATORIES

1000 N. 10th St.
St. Paul, Minn. 55102

TO: Mr. J. Edgar Hoover
FBI
Washington, D.C.

FROM: Mr. J. Edgar Hoover
FBI
Washington, D.C.

SUBJECT: [Illegible]

[Handwritten signature]

Stewart Laboratories
1000 N. 10th St.
St. Paul, Minn. 55102

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.408.015**
SABOGAL MORENO

APELLIDOS

JENNY KATHERINE

NOMBRES



FIRMA



ADCE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-FEB-1994**

SOACHA

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

GR. RH

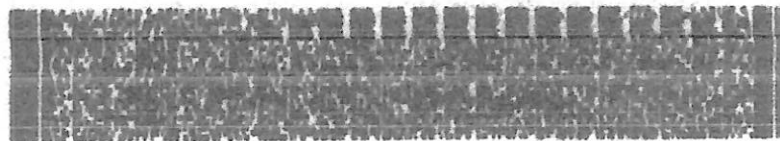
F

SEXO

23-FEB-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Abel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-0055514-F-1012408015-20140505

0030200062A 1

7722845305

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 207283179



WEB
15:16:36
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) JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012408015:

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 15:32:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	112408015
Código de Verificación	112408015221013153210

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 03:28:46 PM horas del 13/10/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1012408025**

Apellidos y Nombres: **BONILLA SANCHEZ RUTH VIVIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
- 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018900 910 112
E-mail: dijin.arato@policia.gov.co
ato@policia.gov.co



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/10/2022 03:07:01 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1012408015** y Nombre: **JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO**.

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. **43938760**. 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 Búsqueda

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



Systema Registro Nacional de Medidas Correctivas RPMC

Consulta Guidada

La Policía Nacional de Colombia informa:

El Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas (RPMC) es una herramienta de gestión que permite a la Policía Nacional de Colombia, a través de su Sistema de Información, registrar y gestionar las medidas correctivas aplicadas a los sujetos de derecho.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS REGISTRADAS POR QUINCE

El presente informe tiene como finalidad informar a los sujetos de derecho que no tienen medidas correctivas registradas por quince días. Este informe es generado automáticamente por el sistema y se envía a los sujetos de derecho a través de su correo electrónico. Los sujetos de derecho que no tienen medidas correctivas registradas por quince días, deben acudir a la oficina de atención al ciudadano de la Policía Nacional de Colombia para solicitar la inscripción de una medida correctiva.

La Policía Nacional de Colombia

El presente informe es generado automáticamente por el sistema y se envía a los sujetos de derecho a través de su correo electrónico.

Fecha de generación: 10/01/2023

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14838977397



(415)7707212489984(8020) 0000014838977397

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 2 4 0 8 0 1 5

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 1 2 4 0 8 0 1 5

27. Fecha expedición

2 0 1 2 0 2 2 3

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

SABOGAL

32. Segundo apellido

MORENO

33. Primer nombre

JENNY

34. Otros nombres

KATHERINE

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 18 ESTE 48 C 22 BRR VILLA MERCEDES

42. Correo electrónico

jeny1802@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 2 3 2 9 5 5 7 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 6 9 9

2 0 2 2 0 7 2 1

5 1 3 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de folios:

0

61. Fecha

2022 - 07 - 21 / 14 : 34 : 45

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 1825 de 2015

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SABOGAL MORENO JENNY KATHERINE

985. Cargo CONTRIBUYENTE



Page 1 of 1



Estimated Tax

1	Estimated tax	
2	Estimated tax	
3	Estimated tax	
4	Estimated tax	
5	Estimated tax	
6	Estimated tax	
7	Estimated tax	
8	Estimated tax	
9	Estimated tax	
10	Estimated tax	
11	Estimated tax	
12	Estimated tax	
13	Estimated tax	
14	Estimated tax	
15	Estimated tax	
16	Estimated tax	
17	Estimated tax	
18	Estimated tax	
19	Estimated tax	
20	Estimated tax	
21	Estimated tax	
22	Estimated tax	
23	Estimated tax	
24	Estimated tax	
25	Estimated tax	
26	Estimated tax	
27	Estimated tax	
28	Estimated tax	
29	Estimated tax	
30	Estimated tax	
31	Estimated tax	
32	Estimated tax	
33	Estimated tax	
34	Estimated tax	
35	Estimated tax	
36	Estimated tax	
37	Estimated tax	
38	Estimated tax	
39	Estimated tax	
40	Estimated tax	
41	Estimated tax	
42	Estimated tax	
43	Estimated tax	
44	Estimated tax	
45	Estimated tax	
46	Estimated tax	
47	Estimated tax	
48	Estimated tax	
49	Estimated tax	
50	Estimated tax	
51	Estimated tax	
52	Estimated tax	
53	Estimated tax	
54	Estimated tax	
55	Estimated tax	
56	Estimated tax	
57	Estimated tax	
58	Estimated tax	
59	Estimated tax	
60	Estimated tax	
61	Estimated tax	
62	Estimated tax	
63	Estimated tax	
64	Estimated tax	
65	Estimated tax	
66	Estimated tax	
67	Estimated tax	
68	Estimated tax	
69	Estimated tax	
70	Estimated tax	
71	Estimated tax	
72	Estimated tax	
73	Estimated tax	
74	Estimated tax	
75	Estimated tax	
76	Estimated tax	
77	Estimated tax	
78	Estimated tax	
79	Estimated tax	
80	Estimated tax	
81	Estimated tax	
82	Estimated tax	
83	Estimated tax	
84	Estimated tax	
85	Estimated tax	
86	Estimated tax	
87	Estimated tax	
88	Estimated tax	
89	Estimated tax	
90	Estimated tax	
91	Estimated tax	
92	Estimated tax	
93	Estimated tax	
94	Estimated tax	
95	Estimated tax	
96	Estimated tax	
97	Estimated tax	
98	Estimated tax	
99	Estimated tax	
100	Estimated tax	

 Ministerio de Salud y Protección Social	FORMATO SARLAFT		Código	TH_FTO_45	
			Version	0	
			Vigencia	6/07/2022	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2022-10-14	Ciudad:	SOACIA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitiremos adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1 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 RIJGON DE SALUD SOACIA, 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 VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
				ASISTENTE PÚBLICO	☐
				OTRO	☐
CI: <input type="text"/>					
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SABOGAL		MORFINO		JENNY	KATHIRINE
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		Nº IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPIRACIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPIRACIÓN (AAAA-MM-DD)
C.C. ☒		R.C. ☐ R.E. ☐ NUP ☐		BOGOTÁ	2012-02-24
PASAPORTE ☐		OTRO ☐ CUAL <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1994-02-22		SOACIA		COLOMBIA	COLOMBIANA
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	SEMIERO DE HIJOS
SOLTERO/A ☒ CASADA/A ☐ DIVORCIADA/A ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUVA ☐				3	3
TELÉFONO CELULAR: 122-199574					
NIVEL DE EDUCACIÓN FORMACIÓN ACADÉMICA					PROFESIÓN / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐ OTRO ☐ CUAL <input type="text"/>					Aux de enfermería
					CONTRATISTA
DIRECCIÓN RESIDENCIAL:		CIUDAD RESIDENCIAL		DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIAL:
KR 18 ESTE 40C 22		COLOMBIA		CUNDINAMARCA	COLOMBIANA
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
jenncaballero0712@gmail.com				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI VIENE)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	PAÍS:
					TELÉFONO FAX:
2. DATOS DEL CÓNYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPIRACIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPIRACIÓN (AAAA-MM-DD)
C.C. ☐		R.C. ☐ R.E. ☐ NUP ☐			
PASAPORTE ☐		OTRO ☐ CUAL <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD:
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA					
AMALGAMADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐		PENSIONADO ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ OTRO ☐	
CUAL: ASESOR DE ENFERMERIA					
INFORMACIÓN SOBRE MIRA RESPONSABLE:		DUEÑA MIRA		CÓDIGOS CIVIL ACTIVIDAD ECONÓMICA	
		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒ SI ☐ NO ☒ SI ☐ NO ☒	
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADSCRIBIDA POR LEY PÚBLICA		NOMBRE EMPRESA O MUNICIPIO DUEÑA MIRA O RESPONSABLE ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		USE Registro de Salud Social	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DUEÑA MIRA		GOBIERNO		SERVICIOS ☐ SALUD ☒	
				+ 005	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐					
OTRO ☐ CUAL <input type="text"/>					



REGION DE SALUD
SOACHA

FORMATO SARLAFT

Código

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 RUT.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último 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 Público.
- 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 INFORMACION 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 Ley 1581 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con NÚ. 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, suministraré mis 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 Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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, transicionados, 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 médica, 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 UAIF, Faesccol, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. f) INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO.
 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 ha 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 LA 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, transfieren, transmiten, 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. AUTORIZACION: 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.

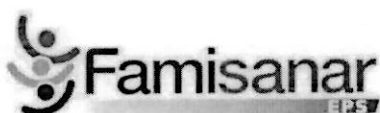
IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



CERTIFICA QUE:



El(La) Señor(a) JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO identificado(a) con CC 1012408015 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 28/04/2022

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 02 días del mes de noviembre 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.

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000



**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:

JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.408.015**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



Libertad y Orden

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Sabogal	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Moreno	NOMBRES Jenny Katherine	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1012408015	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 22 MES 02 AÑO 1994		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 18 E 48 C 22 BARRIO VILLA MERCEDES	
PAÍS COLOMBIA	DEPTO BOGOTA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO CUNDINAMARCA
MUNICIPIO BOGOTA	MUNICIPIO SOACHA	TELÉFONO 0000000	EMAIL jennysabogalm0712@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	6	X			12	2013	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN	
				MES	AÑO

ESPECIFIQUE 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 COMPLETO

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 E.S.E MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	09	Mes	09	Año	2021	Día	31	Mes	10	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA PIC				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	09	Mes	08	Año	2021	Día	28	Mes	08	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA PIC				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	12	Mes	07	Año	2021	Día	29	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA PIC				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	17	Mes	03	Año	2021	Día	02	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA PIC				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	09	Mes	10	Año	2020	Día	30	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA PIC				DIRECCIÓN Sin dirección							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	09	Año	2020	Día	30	Mes	09	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SALUD E.S.E.MUNICIPAL SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7293922			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	08	Año	2020	Día	30	Mes	08	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2018	Día	31	Mes	05	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 13 N 9 85						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	10

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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

13/10/2022

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

ENTIDAD RECEPTORA

**HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA**

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO: Jenny Katherine Sabogal Moreno

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1012408015 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA
DIRECCIÓN: {"tipoVia":{"id":"338","sigla":"CARRERA","descripcion":"CARRERA"}," TELÉFONO: 3223295574

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
zharol lisette cosme sabogal	1074816456	HIJO(A)
yuly valentina sabogal moreno	1074819459	HIJO(A)
hostin damian sanabria sabogal	1074821833	HIJO(A)

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

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

CONCEPTO	VALOR
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$0

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
--------------------	----------------	------------------	-------------------	--------------------

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

c) En la actualidad SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°
C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

14 / 10 / 2022

CIUDAD Y FECHA

Soacha

DAFP-OAP

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

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

Soacha, 14 de Octubre de 2022

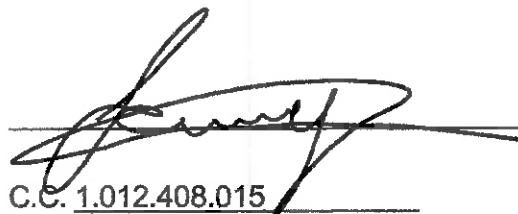
NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO, identificado(a) con cedula No. 1.012.408.015 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Auxiliar de enfermería, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,


 C.C. 1.012.408.015

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgv.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha -Cundinamarca-Colombia.

 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 del 2022

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

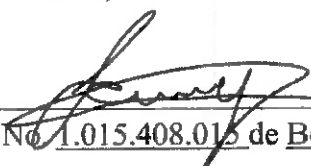
E. S. M.

Yo JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.012.408.015 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,


C.C. No. 1.015.408.015 de Bogotá

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

ARL Colpatría

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Jenny Katherine Sabogal Moreno

Nº Documento: 1.012.408.015

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: Kr 18 este 48C 22

Teléfono. Fijo – Celular: 3223295574

E-mail: jennysabogalm0712@gmail.com

EPS: Famisanar

AFP: Porvenir

Firma Contratista: _____

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

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

		PRESENTED FOR THE RECORD OF THE MINISTRY OF HEALTH PRESENTED FOR THE RECORD OF THE MINISTRY OF HEALTH	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARI PRESENTED FOR THE RECORD OF THE MINISTRY OF HEALTH
CUBA REPUBLICA DE CUBA	CUBA REPUBLICA DE CUBA	CUBA REPUBLICA DE CUBA	CUBA REPUBLICA DE CUBA

ARI Colapso

DATOS DEL CONTRATO

Nombre y apellido:
 Domicilio:
 Fecha de nacimiento:
 Número de identificación:
 Fecha de emisión:
 Lugar de emisión:
 Tipo:
 Vigencia:
 Observaciones:
 Firma:
 Fecha:

DATOS DEL CONTRATO

Nombre y apellido:
 Domicilio:
 Fecha de nacimiento:
 Número de identificación:
 Fecha de emisión:
 Lugar de emisión:
 Tipo:
 Vigencia:
 Observaciones:
 Firma:
 Fecha:

DATOS DEL CONTRATO

Nombre y apellido:
 Domicilio:
 Fecha de nacimiento:
 Número de identificación:
 Fecha de emisión:
 Lugar de emisión:
 Tipo:
 Vigencia:
 Observaciones:
 Firma:
 Fecha:



EMPLEADO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Identificación: 800006850
Número Afiliación: 215221
Razón social:

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Nombre: JENNY SABOGAL MORENO
Tipo de documento: CÉDULA
Número de documento: 1012408015

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
Código Centro de trabajo: CTRAB 003
Nombre Centro de trabajo: GENERAL
Tasa de Riesgo: 2.436
Número contrato: 9438
Fecha Inicio contrato: 25/07/2022
Fecha Fin contrato: 30/11/2022
Tipo de Contrato: ADMINISTRATIVO
Valor del Contrato: 8712000
Estado del Contrato: VIGENTE

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

Soacha 14 de octubre de 2022

Señores:

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

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

Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Jenny Katherine Sabogal Moreno 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 REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

N° Documento 1.012.408.015

Tarjeta Profesional N° 25-2739

Dirección de contacto carrera 18 este 48C 22

Teléfono 3 2 2 3 2 9 5 5 7 4

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

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

Yo, JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.012.408.015, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y 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 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 pudiese 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

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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	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

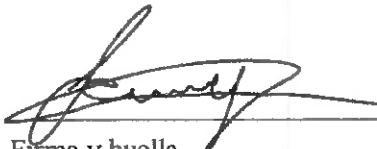
Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas 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

VHITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	X X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

 <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 Octubre del 2022


 Firma y huella

3223295574



Celular No.

jennysabogalm0712@gmail.com

Correo institucional

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: Janny Catarina
Apellidos: Sabagal Morano
Documento de Identidad: C.C. ATL Pasaporte No. 1012408 d 3
Fecha de Nacimiento: Día 22 Mes 02 Año 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	21/1/21	Sinovac	E2021 02011	ESE M. M. M. P.	Lelinda	5232801
	2	5/2/21	COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated	C032104034		Wendy Gascón Salgado Villamil	
		07-01-2022	AstraZeneca	MND224	ESE M. C. T.	Auk. de Enfermería C.C. 102409430	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxide Tetánico Diftérico (Td)	1	23-04-15	02463002B	M. I. I. H.
	2	25-05-15	02463002B	M. I. I. H.
	3	25-11-15	D2221	M. I. I. H.
	4	17-04-17	D2288	led4p.
	5	17-04-17	22154316A	S. d. d.
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		05 JUN 2018	W3N25	S. d. d.
Contra Influenza		07-06-16	W3N25	Gabriel Leon
Virus de Papiloma Humano				
DTA		03-06-16	Ar. 37135824	Gabriel Leon

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
VPV	1			
	2			

CONSULTA
VACUNACIÓN
Centro Médico
L. 2414-0114-1414

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	20 FEB 2021	UFY19007	Rafael Velez
	2		20-03-2021	
	3			
	1			
Antirrábica	2			
	3			
	4			
	1			
Influenza estacional	Anual			
Otros				

Influenza 23/10/21 V3C85 Carlos Ramirez

Certificado de Aptitud Laboral: INGRESO - SALUD



Fecha: 01/Jul/2022, Hora: 10:23:04 a.m.

Apellido: SABOGAL MORENO

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección: CRA 18 ESTE 48 C 22

Teléfono: Celular: 3223295574

Ciudad: Cundinamarca - Soacha

Nombre: JENNY KATHERINE

Nro Identidad: 1012408015

HC: # 41090

Edad: 28 años

Sexo: Femenino

Nacimiento: 22/Feb/1994

Rh: O+

Exámenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visometría

Conceptos

Apto con recomendaciones

Recomendaciones

Uso de Elementos de Protección Personal

Pausas Activas

Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo

Otras: *MANTENER MEDIDAS PARA PREVENIR CONTAGIO DE COVID 19 DURANTE LA JORNADA LABORAL Y MEDIOS DE TRANSPORTE.

*ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA, MANTENER CUIDADOS Y DESINFECCIÓN EN CASA.

*E SUGIERE PROTECCIÓN DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA. CONTROL 1 AÑO/ DIETA BALANCEADA: BAJA EN CALORÍAS, GRASAS Y HARINAS, MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLES.

* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TINIENDO 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 SINTOMAS 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 disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo, la autenticidad del contenido de este certificado 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.**

Yuli Alexandra Alape Tapiero
C.C. 251434
Médico Especialista en Geriatria y
Subespecialidad en Geriatria

YULI ALEXANDRA ALAPE TAPIERO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
Lic. de S.O #: 251434/2017
Registro #: 151380



JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO
CC 1012408015

Huella
Digital

Cra. 9 No. 12ª - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

comercial@servirips.com



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y
Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada
de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca).
Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la
Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

ACTA GENERAL N° C 026

ACTA INDIVIDUAL N° C 1962

En Soacha (Cundinamarca) el día 14 de Diciembre del año 2013, se reunieron en
el aula Múltiple de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta, la Representante
Legal, La Directora General, La Directora Académica y el cuerpo de docentes.
Previo Juramento de rigor se le hizo entrega a:

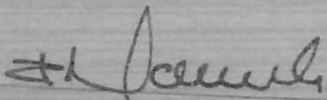
Jenny Katherine Sabogal Moreno

C.C 1.012.408.015 De Bogotá D.C

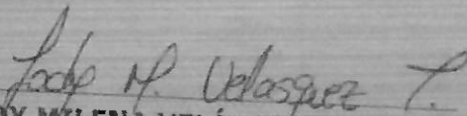
Le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias
**TÉCNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN ENFERMERÍA**

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

Para constancia se firma la presente en Soacha (Cundinamarca)
a los 14 Días del mes de Diciembre del año 2013


JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal




LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca).
Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

CERTIFICA

QUE: Jenny Katherine Sabogal Moreno

C.C. 1.012.408.015 De Bogotá D.C

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

Le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias
**TÉCNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN ENFERMERÍA**



JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal





LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los 14 días del mes de Diciembre de 2013
Anotado en el Folio C1962 del Libro 01 del Registro de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta

RESOLUCIÓN No. 25-2739

26 DE MAYO DE 2014

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución No. 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1876 de 1994 que modificó el Decreto 1352 de 2000 emanadas del Ministerio de Salud, Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y

CONSIDERANDO:

Que **JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO**, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. **1012408015** expedida en **BOGOTÁ D.C.**, solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, según certificado que le otorgó **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA EN SOACHA-CUNDINAMARCA** según **ACTA GENERAL No. C 025 - ACTA INDIVIDUAL No. C 1962 DE FECHA 14 DE DICIEMBRE DE 2013**.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2° de la Resolución 08211 de 1989.

RESUELVE:

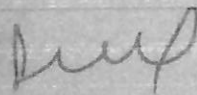
ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, conferido a **JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO**, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. **1012408015** expedida en **BOGOTÁ D.C.**, según certificado que le otorgó **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA EN SOACHA-CUNDINAMARCA**, según **ACTA GENERAL No. C 025 - ACTA INDIVIDUAL No. C 1962 DE FECHA 14 DE DICIEMBRE DE 2013**.

PARÁGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional y tiene efectos de Inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

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

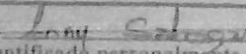
NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a **26 DE MAYO DE 2014**



LILIANA SOFÍA CEPEDA AMARIS
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyecto: Elvira Castellano
Revisó: C.Z.

BOGOTÁ D.C.	
A la fecha fue notificado personalmente al	
SEÑOR(A)	
CC No.	1012408015
Firma	

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 *

Cedula de Ciudadanía

1012408015

Primer Nombre *

Primer Apellido *

katherine

Sabogal

Confirme los números de la Imagen *

4965



Cambiar

2925

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General - 2022-10-13 - 2:52:21 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado	Detalles
CC	1012408015	KATHERINE	SABOGAL	MORENO	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) KATHERINE SABOGAL MORENO identificado(a) con CC 1012408015 registra la siguiente información:

2022-10-13 - 2:52:21 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2014-05-26	2739	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1)

3305043 Resto del

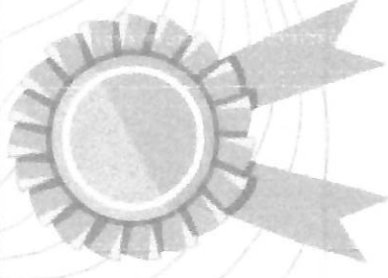
país: 018000960020

Horario de atención:



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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha



CERTIFICA QUE:

Jenny Sabogal Moreno

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 21, 2022

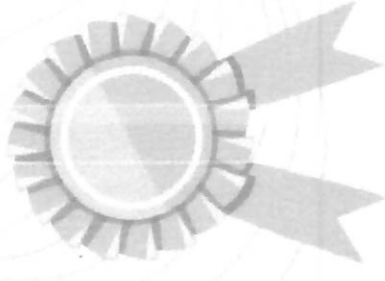
CUNDINAMARCA
REGION
Que Progresa!
EN COMUNICACION





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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha



CERTIFICA QUE:

Jenny Sabogal Moreno

Realizó el curso de:

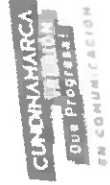
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,38

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 22, 2022



)

)



ИТІАО ОІВАНІ ІТІОСОНІ 3.2.3 АЛ
АНОСЕР ЭУ СЛУОМА



ИНО АДОТІНІО

ИНО АДОТІНІО

ИНО АДОТІНІО

ИНО АДОТІНІО

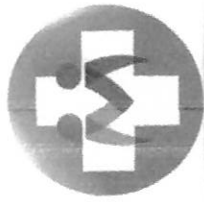
ИНО АДОТІНІО

ИНО АДОТІНІО

ИНО АДОТІНІО

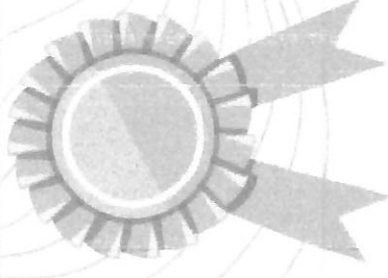
ИНО АДОТІНІО





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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha



CERTIFICA QUE:

Jenny Sabogal Moreno

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

JORGE HERNANDEZ
CAPACITADOR

DRA. ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 21, 2022





LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PENALOZA -NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PENALOZA, se encontró que la señora JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO identificada con cédula de ciudadanía No. 1.012.408.015 ha suscrito con la entidad los siguientes contratos de prestación de servicios en su condición de contratista en el desarrollo de actividades contractuales y dentro del marco legal previsto por la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

CONTRATOS SUSCRITOS EN EL AÑO 2020

CONTRATO No.	No. 481-2020
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA IMPLEMENTAR Y EJECUTAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE SALUD DENTRO DE LA ESTRATEGIA CUADRANTES SALUDABLES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 157 DE 2020 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARÍA DE SALUD Y LA EMPRESA DE SALUD E.S.E DEL MUNICIPIO DE SOACHA
VALOR DEL CONTRATO:	UN MILLÓN CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE (\$1.450.000)
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:	VEINTIOCHO (28) DÍAS CALENDARIO
FECHA DE INICIO:	3 DE AGOSTO DE 2020
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE AGOSTO DE 2020
ESTADO:	TERMINADO

CONTRATO No.	No. 605-2020
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 994 DE 2020 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA - SECRETARÍA DE SALUD Y LA E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PENALOZA
VALOR DEL CONTRATO:	UN MILLÓN SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE (\$1.680.000)
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:	VEINTISIETE (27) DÍAS CALENDARIO



LA OFICINA JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL
MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

O.J. 316-2019

LA OFICINA DE JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL
MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

CERTIFICA

Que la Técnica, JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.012.408.015, ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

CUNT. Nº	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR	ADICION EN VALOR	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
1392	01/07/2018	JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO	PRESTACION DE SERVICIOS DE COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	1.450.000,00		1.450.000,00	01/07/2018 HASTA 31/07/2018
1505	03/09/2018	JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	5.800.000,00		5.800.000,00	03/09/2018 HASTA 30/12/2018
455	19/02/2019	JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	4.833.334,00		4.833.334,00	19/02/2019 HASTA 31/05/2019

Los contratos suscritos se han ejecutado, con total autonomía y con solución de continuidad.

Se expide a solicitud del interesado, a los Veinticinco (25) días del mes de Junio de 2019.

DIANA VILLANI LADINO
Asesora Jurídica
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas

Proyecto: Leticia Vanegas García

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
PBX 7309230ext 2007. Email: www.hmgyc.com.co
Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48
NIT. 900.006.850-3
Soacha -Cundinamarca-Colombia

STATIONER & PRINTER
1000 N. W. 10th St.
MIAMI, FL 33136

STATIONER & PRINTER
1000 N. W. 10th St.
MIAMI, FL 33136

STATIONER & PRINTER

STATIONER & PRINTER
1000 N. W. 10th St.
MIAMI, FL 33136

STATIONER & PRINTER
1000 N. W. 10th St.
MIAMI, FL 33136

STATIONER & PRINTER
1000 N. W. 10th St.
MIAMI, FL 33136

STATIONER & PRINTER
1000 N. W. 10th St.
MIAMI, FL 33136

STATIONER & PRINTER
1000 N. W. 10th St.
MIAMI, FL 33136

STATIONER & PRINTER
1000 N. W. 10th St.
MIAMI, FL 33136

STATIONER & PRINTER
1000 N. W. 10th St.
MIAMI, FL 33136



EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CESAR PEÑALOZA -NIT. 832.601.794-2

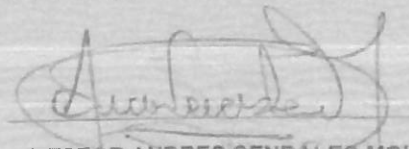
CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA, se encontró que JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO identificada con cedula de ciudadanía No. 1.012.408.015 de Bogotá, ha suscrito con la entidad el siguiente contrato de prestación de servicios en su condición de contratista en el desarrollo de actividades contractuales y dentro del marco legal previsto por la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

➤ CONTRATOS SUSCRITOS EN EL AÑO 2021

CONTRATO No.	No. 771-2021
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA 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, DE ACUERDO CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 2969 DE 2021, SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA-SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR DEL CONTRATO:	TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE (\$3.960.000,00)
PLAZO TOTAL DE EJECUCIÓN	CINCUENTA Y TRES (53) DÍAS
FECHA DE INICIO:	NUEVE (09) DE SEPTIEMBRE DE 2021
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA Y UNO (31) OCTUBRE DE 2021
ESTADO:	TERMINADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los veintitrés (23) días de diciembre de 2021.


HECTOR ANDRES CENDALES MOLANO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Camilo A. Sierra- Abogado Contratista



Julio César Peñaloza

FECHA DE INICIO:	4 DE SEPTIEMBRE DE 2020
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE SEPTIEMBRE DE 2020
ESTADO:	TERMINADO

CONTRATO No.	No. 785-2020
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MARCO DE ACCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 994 DE 2020 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA - SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	CINCO MILLONES CUARENTA MIL PESOS M/CTE (\$5.040.000)
ADICIÓN NO. 1	NOVECIENTOS TRECE MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$913.044)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	CINCO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$5.953.044)
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:	DOS (2) MESES Y VEINTIDÓS (22) DIAS
FECHA DE INICIO:	9 DE OCTUBRE DE 2020
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE DICIEMBRE DE 2020
ESTADO:	EN EJECUCIÓN

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los Treinta del mes de noviembre de 2020.

ANGÉLICA CASTAÑO CASTILLO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Angela Rodríguez Urrego - Abogada- Oficina Jurídica

EMMANUEL
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN INFANTIL
Nº. 900.259.421-6

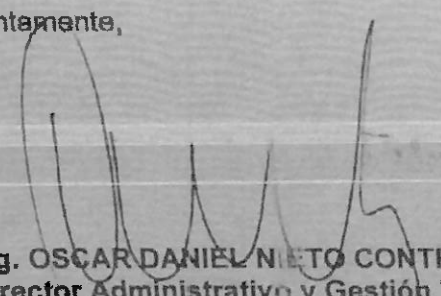
CERTIFICA:

Que revisando el archivo de personal, se encuentra el nombre de la señora **JENNY KATHERINE SABOGAL** identificada con la cédula de ciudadanía número **1.012.408.015**, quien prestó sus servicios en nuestra institución, como **Auxiliar de Enfermería del Servicio Domiciliario**, de acuerdo a los siguientes datos:

Fecha de Inicio	:	2 de Abril de 2015.
Fecha de Retiro	:	18 de enero de 2016
Tipo de Contrato	:	Prestación de servicios
Fecha de Inicio	:	23 de Agosto de 2016.
Fecha de Retiro	:	29 de Noviembre de 2016
Tipo de Contrato	:	Prestación de servicios

Se expide a solicitud del Interesado, a los seis (6) días del mes de Febrero del año dos mil diecisiete (2017).

Atentamente,



Ing. OSCAR DANIEL NIETO CONTRERAS
Director Administrativo y Gestión Humana





EMMANUEL

INSTITUTO DE RECURSOS HUMANOS Y HABILITACION EN LA VIDA

GERENCIA

El presente documento tiene como finalidad informar a los interesados en el programa de formación en Gerencia, sobre los requisitos de admisión y el proceso de selección.

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Requisitos de admisión: | 2. Proceso de selección: |
| - Título de Bachiller o equivalente. | - Examen de admisión. |
| - Edad mínima de 18 años. | - Entrevista personal. |
| - No haber sido condenado por delito. | - Prueba de aptitud física. |
| - Haber cursado el primer año de la carrera de Gerencia. | - Prueba de aptitud intelectual. |

Se otorga a los interesados el derecho de inscribirse en el programa de formación en Gerencia, siempre y cuando cumplan con los requisitos de admisión.

1. GERENCIA BÁSICA Y AVANZADA



Autenticación de usuario

UTC -5 18:31:48

JENNY KATHERINE S...



Búsqueda ▾ Mis proceso ▾ Menú ▾ Ir a ▾

Buscar...

[Escribir](#) → [Configuraciones de Perfil](#) → [Configuración usuario](#) → Edición Datos de usuarioId de página: 14004191 [Ayuda](#)[Cancelar](#)[Guardar y volver](#)

Información del usuario

Género **Mujer**

Cargo **Auxiliar de enfermería**

Título **Sra.**

Nombres **JENNY KATHERINE**

Apellidos **SABOGAL MORENO**

Fecha de
Nacimiento **22/02/1994**

Nombre y
apellido **JENNY KATHERINE SABOGAL MORENO**

Tipo de
documento **Cédula de Ciudadanía**

Número de
documento **1012408015**

Dirección

Código postal

Entrada **1**

Ubicación **Soacha**

País **COLOMBIA**

Correo
electrónico **katherine.28jejuju@gmail.com**

Teléfono

Celular **3223295574**

Nivel Educativo **Técnica o tecnológica completa**

[Cambiar foto](#)

Configuración

Usar configuración
predeterminada ☐

Zona horaria **(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito**

Idioma **Español (Colombia)**

Configuración regional **Spanish (Colombia)**

Ejemplo configuración regional seleccionada

Formato de fecha y
hora **18/10/2023 9:31 PM**

Formato de número **9999.999.999,999**

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad **¿Cuál es tu apodo?**

Respuesta **Morocha**

SMS para recuperar la
contraseña **3223295574**

[Cancelar](#)[Guardar y volver](#)

