Soacha, 14__de octubre_ 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: Carla Johana García

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,

Carla Johana García Medina

Nombre del Contratista

CC: 1030526895

Dirección: carrera 2 – 38-80

Email: carvijis@gmail.com

Teléfono/ Celular: 3123074126

CARLA JOHANA GARCÍA MEDINA

CC. 1.030.526.895 BTA

CEL: 3004302749



PERFIL PROFESIONAL

Técnica en auxiliar de enfermería capaz de desarrollar procesos cognitivos, humanos y significativos, de excelentes relaciones interpersonales, con facilidad para trabajar en equipo, para efectuar tareas exigentes y con sentido de responsabilidad. Mi trabajo se fundamenta en la responsabilidad y lealtad a la institución, la honestidad, sentido de pertenencia, alto grado de compromiso frente a los retos adquiridos.

OBJETIVO LABORAL

Brindarle seguridad al paciente y una excelente atención frente a cualquier situación, colocando en práctica mis conocimientos como auxiliar de enfermería dándole una excelente calidad humana

DATOS PERSONALES

Lugar de nacimiento	Bogotá
Fecha de nacimiento	23 /julio/1986
Cedula de ciudadanía	1.030.526.895 de Bogotá
Estado civil	casada
Dirección	carrera 2 # 38-80
Teléfono	3004302749

ESTUDIOS REALIZADOS

CURSO TALLER DE PRIMER RESPONDIENTE

Fecha de inicio: 18 de febrero de 2011

Intensidad de 8 horas

Educación superior: Funca

Año de finalización: 2006

Años cursados: 18 meses

Titulo obtenido: técnico en auxiliar de enfermería en diferentes áreas

Bachillerato colegio distrital el Japón

Año de finalización: 2004

Años cursados: 6 años

Titulo obtenido: bachiller contable

REFERECIA LABORAL

HOSPITAL CARDIO VASCULAR DE NIÑO DE CUNDINAMARCA

Telefono : 5922979

Fecha de ingreso : 17 / enero /2014

Fecha de retiro : actualmente trabajando

Funciones realizadas : circulante de salas de cirugía

HOSPITAL CENTRO ORIENTE

Teléfono: 3685449-

Fecha de ingreso: 12/junio /2009

Fecha de retiro: 01/agosto/ 2013

Funciones realizadas: auxiliar de enfermería en pediatría urgencias y medicina interna.

HOPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

MEDERI BARRIOS UIDOS

Telefono:4855970

Fecha de ingreso:1/noviembre /2012

Fecha de retiro:20/enero/2014

Funciones realizadas: enfermera en hospitalización y medicina interna

HOSPITAL CARDIO VASCULAR DE CUNDINAMARCA

Teléfono: 5922979

Fecha de ingreso: 1 /junio/2007

Fecha de retiro: 05 /julio /2008

Funciones realizadas: auxiliar de enfermería en urgencias ,3 y 4 pisos intermedios y pos quirúrgicos.

HOSPITAL LA VICTORIA

Teléfono: 3675766-3626305

Fecha de ingreso: 13/diciembre/2006

Fecha de retiro: 30/marzo/2007

Funciones realizadas: Auxiliar de enfermería en salas de partos, UCI neonatal. ginecología, urgencias, pediatría.

CENTRO DE EN FERMEDADES AUDITIBAS

Dirección: car 9No48-40 cons.602

Teléfono: 2327503- 6212915

Nombre del jefe inmediato: Doctor Jaime Alberto Avendaño

Fecha de ingreso: 1/agosto/2006

Fecha de retiro: 14/diciembre/2006

Funciones realizadas: Terapeuta de lenguaje dando a conocer listening programa (usa).

DROGAS MERAK

Dirección: cll 3º 13-19

Teléfono: 7120489

Nombre del jefe inmediato: wilmer Villalobos

Fecha de ingreso: 25/septiembre/2005

Fecha de retiro: 18/junio/2006

Funciones realizadas: Atención al cliente, inyectologia, vendedor

REFERENCIA PERSONAL

Diego críales casallas

Profesión: profesional en ciencias y deporte

Teléfono: 3007222712

Patricia medina

Profesión: vendedora de seguros

Teléfono 3144804794

REFERENCIA LABORAL

Eleazar González

Profesión: jefe de enfermería

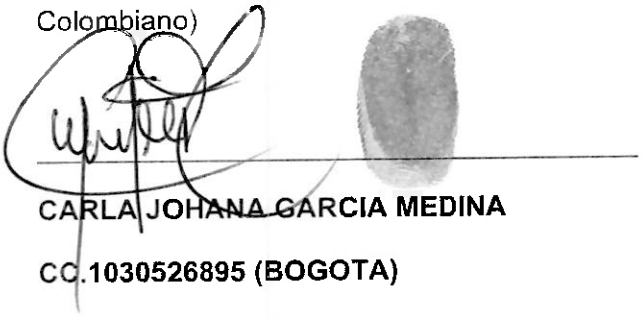
Teléfono: 3003793716

Erika Ballesteros

Profesión: jefe de enfermería

Teléfono:3006524704

Para los efectos legales certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí en la presente hoja de vida son veraces (C.S.T.articulo1 del régimen laboral Colombiano)



CARLA JOHANA GARCIA MEDINA

CC.1030526895 (BOGOTA)

carvijis20@hotmail.com

carvijis20@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.526.895**

GARCIA MEDINA
APELLIDOS

CARLA JOHANA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-JUL-1986**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-AGO-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500108-45132902-F-1030526895-20041223 **01194**04358A 02 168756711

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 207444669

WEB
19:19:51

Bogotá DC, 17 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) CARLA JOHANA GARCIA MEDINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030526895:

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 lunes 17 de octubre de 2022, a las 19:20:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1030526895
Código de Verificación	1030526895221017192034

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:17:32 PM horas del 17/10/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1030526895**

Apellidos y Nombres: **GARCIA MEDINA CARLA JOHANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 17/10/2022 08:18:52 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1030526895** y Nombre: **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA.**

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. **44112749** . 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

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14213339929

(415)7707212489984(8020) 000001421333992 9

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1030526895	2 0 0 4 0 8 0 5

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá. D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARCIA	MEDINA	CARLA	JOHANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 11 B 3 A 21 SUR BRR SOACHA COMPARTIR

42. Correo electrónico

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 2 1 9 2 4 3	3 1 3 3 5 5 2 3 5 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. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 5 0 5 2 9					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros		Exportadores				
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		56. Forma	57. Tipo	Semana	1	2 3
54. Código				57. Modo		
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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

53. Anexos	59. No. de Folios	61. Fecha
SI [ ] NO [X]	0	2022 - 07 - 05 / 13 : 14: 17

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 alguna de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios a de competencia, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.30 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma funcionario

59A. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

59B. Cargo: Gestor 9

Fecha generación documento PDF: 05-07-2022 01:14:30PM

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

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

FECHA:	2022-11-14	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 PUB		OTRO		CUAL:	auxiliar de enfermeria

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Garcia	medina	carla	Johana

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1030526895	Bogotá	2004-08-05
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1986-07-23		Colombia	colombiana

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DIVORCIADO(A) X	UNION LIBRE	VIUDO(A)	2	2	3123072146

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

CUAL: auxiliar de enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
carrera 2 #38-80 casa 234	Soacha	Cundinamarca	colombiana	3123074126

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
carvilis20@gmail.com		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADO

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A	N/A	N/A	N/A

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA. SI NO	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL: auxiliar de enfermeria			
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO				
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA				

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI	NO X	8699	
		NO X		SI	NO X	PRINCIPAL: X	CUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	PUEDE EMPRESA O PRODUCTO DONDE LABORA O REALIZARLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	SI NO X	ESE Región de Salud Soacha

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | | | | |

REGION DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
calle 13 #9-85	7309230	Soacha	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	auxiliar de enfermería	FECHA VINCULACION	2022-08-19

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 1.400.000	GASTOS FAMILIARES	$ 400.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 34.000.000
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 450.000	PROPIEDADES	$ 16.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 1.400.000**	TOTAL EGRESOS	**$ 850.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 16.000.000**	TOTAL PASIVOS	**$ 34.000.000**

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
Acevedo	medina	patricia	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
carrera 2 #38-80	soacha	amiga	3144004754

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
banco BBVA	cuenta de ahorros	85267928	centro	4040000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [x]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ]

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

auxiliar de enfermería

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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 numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres ultimos 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 ultimos 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 ultimos 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 Unico Tributario RUT
3. Fotocopia Inscripcion 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 segun 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 prevencion, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requerirá 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 tambien serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion 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 seran 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 liquidacion 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 elaboracion de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio 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) Realizacion de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio 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 podran ser compartidos, transmitidos, entregados, transfendos 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 liquidacion 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 DIAN Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES. Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo 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, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION. Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entregien o divulgien, 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 autorizantos, 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 INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CARLA JOHANA GARCIA MEDINA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1030526895, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220705	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
DAVID SANTIAGO CRIALES GARCIA	HI	1029147010	TI	20140203	No Registrada	Activo
SAMUEL FERNANDO CRIALES GARCIA	HI	1141358576	RC	20170508	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 26 días del mes de Septiembre de 2.022

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: KATERIN ROCIO PARRA
19999871

CER-AFI

VIGILADO SuperSubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARCIA MEDINA CARLA JOHANA** identificado(a) con **CC** número **1.030.526.895** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de diciembre de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Garcia	Medina	Carla Johanna

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1030526895	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES 07 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 2 N ?38 80 CASA SAN MATEO

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO 3004302 EMAIL carvijis20@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			06	2006	N/A

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 ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 14 Octubre 2022

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

sigepII

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Periodo 01/01/2021 - 31/12/2021

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Carla Johanna Garcia Medina

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1030526895 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: TELÉFONO:

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DAVID SANTIAGO CRIALES GARCIA	1029147010	HIJO(A)
SAMUEL FERNANDO CRIALES GARCIA	102977858	HIJO(A)

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$14.400.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$14.400.000

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
BBVA	CUENTA DE AHORROS	0085267920	BBVA	1.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	DNL950	20.000.000
INMUEBLES	CRA 2 N°38-80	47.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	HIPOTECARIO	32.000.000

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

Soacha, 14 de octubre de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Carla Johana García Medina, identificado(a) con cedula No. 1030526895 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: auxiliar de enfermería en salud pública, 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.1030526895

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

Soacha,14 de octubre de 2022

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

Yo Carla Johana García Medina, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1030526896 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 radicadá 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,

Carla Johana garcia Medina

C.C. No. 1030526895 de Bogotá

	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano	CODIGO	TH FTO 31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 14 de octubre 0 2022

Señores:

Fundación funca

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

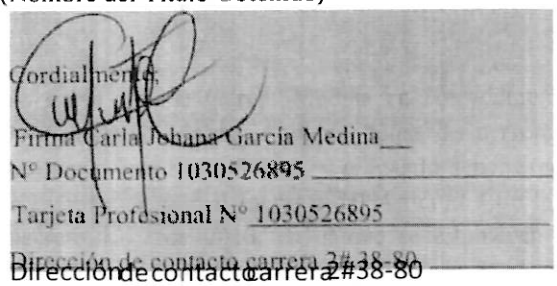
Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Carla Johana García Medina_en consideración a que el articulo 15 de la Constitución Politica de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y fanliliar 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:. Auxiliar de enfermería

Técnico en auxiliar de enfermería

(Nombre del Título Obtenido)



Direcciondecontactocarrera2#38-80

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

ARL sura_____

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Carla Johanna García medina_____

N° Documento: 1030526895_____

Fecha de Nacimiento: 2 3 / 0 7 / 1 9 8 6 _____

Dirección: carrera 2#38-80 casa 223_____

Teléfono. Fijo – Celular: 3123074126-3004302749_____

E-mail: carvijis@gmail.com_____

EPS: compensar_____

AFP: protección_____

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.

ARL sura

Medellín, 08 de noviembre de 2022

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

CERTIFICA:

Que CARLA JOHANA GARCIA MEDINA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030526895 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 29/10/2022 **Fecha fin cobertura:** 30/11/2022

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

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

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

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

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

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

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10721903192231234360

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 08/11/2022 9:32 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Yo,Carla Johana García Medina_____, identificado (a) con cédula de ciudadanía número1030526895_____, 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 especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

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

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X 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

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

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

Carla Johana García Medina



Firma y huella

1030526895

Celular No.

3123074126- 3994302749

Correo institucional

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Carla Johana.

Apellidos: Garcia Medina.

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

No. 1030026895.

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 07 Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	01/03/2021	Pfizer	EN1195	Procardio HCC	Eliana Higuera	1073685333
	2	22/03/21	Pfizer	EN1195	Hcc Procardio	Eliana Higuera	1073685333

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

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Carla Johana

Apellidos: Garcia

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1030526805

Fecha de Nacimiento: Día 23 Mes 06 Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	25/11/20	18721870	Jennifer
	2	29/10/21	FB3911780	
	3	1/12/22	19784526	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	25/11/20	1829013C	Jennifer
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	25/10/19		0391730	Jennifer R.
		25/11/20	03208109	Jennifer R.
Contra Influenza	Vacuna 31/8/20		1261600	Jennifer
			MEDICINA ESPECIALIZADA	
Virus de Papiloma Humano				

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

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **11/06/2021 10:19:00** Empresa **PARTICULAR 001**

Nombre **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA**

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** Doc. Identidad **CC 1030526895**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 CONSULTA MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO	2 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	3
4	5	6
	8	9

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

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI	NO	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO
	○	⊗		○	○		○	○

DR. JUAN CARLOS CORTES M.
Médico Cirujano U. Nacional
R. M. 9417-S. D. S. 17272

JUAN CARLOS CORTES MILLAN
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 79383548 RM:

Trabajador: CARLA JOHANA GARCIA MEDINA
CC 1030526895
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

1. Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Uso de los elementos de protección personal
4. Prevenir el riesgo biológico
5. Lavado de manos Antes y Después de tocar al paciente, Antes de realizar una tarea limpia /aséptica, después de contacto con el entorno del paciente, Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
6. Se recomienda que los desplazamientos se realizan en medios de transporte se deberá hacer uso del tapabocas y en la medida de lo posible procurando mantener distancia mínima de dos metros (2 m) entre las personas.
7. Retirar los zapatos a la entrada y lavar la suela con agua y jabón.
8. Lavar las manos de acuerdo con los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. Evitar saludar con beso, abrazo y dar la mano y buscar mantener siempre la distancia de más de dos metros entre personas.
10. Antes de tener contacto con los miembros de familia, cambiarse de ropa.
11. Mantener separada la ropa de trabajo de las prendas personales.
12. La ropa debe lavarse en la lavadora a más de 60 grados centígrados o a mano con agua caliente que no queme las manos y jabón, y secar por completo. No reutilizar ropa sin antes lavarla. No sacudir las prendas de ropa antes de lavarlas para minimizar el riesgo de dispersión de virus a través del aire. Dejar que se sequen completamente
13. Bañarse con abundante agua y jabón.
14. Mantener la casa ventilada, limpiar y desinfectar áreas, superficies y objetos de manera regular.
15. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa
16. Disminuir el consumo de carbohidratos IMC 28,9
17. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana
18. No levantar cargas > 20 Kg

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DR. JUAN CARLOS CORTES M.
Médico Cirujano U. Nacional
R. M. 9417-S. D. S. 17272

JUAN CARLOS CORTES MILLAN
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 79383548 RM:

Trabajador: CARLA JOHANA GARCIA MEDINA
CC 1030526895
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad.

Captura Biometrica

CIED
Clinica IPS Eugenio Diaz

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

OPTOMETRÍA

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 12/07/2022 11:29:00

Doc. Identidad **CC 1030526895** Nombre **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA** Fecha Nacimiento. **23/07/1986**
Entidad **PARTICULAR** Edad **35** Ocupación **Auxiliar De Enfermeria**
Fondo de pensión **PROTECCION** EPS ARL **SURA**

Anamnesis

Último examen visual **6 MESES** | Usa anteojos: Si [X] No [ ] | V.L. [ ] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]
Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [X] | Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [X]
Cirugías Si [ ] No [X] Cuál? **NO REFIERE, VACUNA PFZIER 2 DOSIS JUL/2021, MODERNA ENE /2022**
Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál? **NO REFIERE,**
Signos y síntomas: Asintomático [ ] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]
Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [X] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]
Antececentes personales y/o familiares **NO REFIERE, PACIENTE SIN SINTOMAS RELACIONADOS CON** Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.	-	-		20/25	20/25
O.I.	-	-		20/25	20/25

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.	-	-	-°	--
O.I.	-	--	-°	-

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntiva [X] Pterigio N [ ]	Hiperemia conjuntiva [X] Pterigio N [ ]
	Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]	Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]
	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]
	osis palpebral [ ] Otros:	Ptosis palpebral [ ] Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHOFORIA** VP **EXOFORIA** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMAL** Versiones **NORMAL** PPC **6 CMS**

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
	F.O.A.N. [ ] Papila normal [X] Brillo foveal normal [X] Catarata [ ]	F.O.A.N. [ ] Papila normal [X] Brillo foveal normal [X] Catarata [ ]
	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por confrontación
O.D: **NORMAL**	O.D: **NORMAL**	O.D: **NORMAL**
O.I: **NORMAL**	O.I: **NORMAL**	O.I: **NORMAL**

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	+050	-100	0°	÷
O.I:	+050	-100	0°	÷

Refracción final

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	AV VL	AV VP
O.D:	N	-100	0°	+	20/20	20/20
O.I:	N	-100	0°	+	20/20	20/20

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[X]	[X]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H522 ASTIGMATISMO

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [X] Control 6 meses [ ] Control 1 año [X]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [X]

CONCEPTO

Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:** 1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DE PROTECCIÓN VISUAL. Y / O (MONOGAFAS DE SEGURIDAD O CARETA) A NECESIDAD DE LABOR.
2. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS DE 5 A 10 MINUTOS.
3. PACIENTE REFIERE TENER LENTES PERO NO LOS TRAE.

DRA. CLAUDIA R. VELANDIA M.
OPTOMETRA -FUAA
REG 1373 CTNPO
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
RES. 7854/2013

CLAUDIA ROCIO VELANDIA MARENTES

FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA
FUNCA

CON APROBACIÓN OFICIAL SEGÚN RESOLUCIÓN No. 1879 DEL 11 DE JUNIO DE 1994 EMANADA DE LA SECRETRIA DE EDUCACIÓN DEL D.C. CONCEPTO FOVORABLE DEL 14 DE AGOSTO DEL AÑO 2003 EMANADO DE LA SECRTARIA DE SALUD DEL D.C. Y ACUERDO No. 09 DEL 10 DE JULIO DE 1995 EMANADO DEL MINISTERIO DE SALUD
AVENIDA CARACAS NO 34-48 TELEFONO 2872081-2875255

ACTA DE CAPACITACION

En la Ciudad de Bogotá D.C. a los Diez y Siete (17) Días del mes de Junio del año 2006, se formalizo la capacitación de los alumnos del ULTIMO NIVEL de TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA de la FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA, institución con autorización oficial según resolución oficial No. 1879 del 11 de Junio de 2004 concedida por la Secretaría de Educación del distrito capital, concepto favorable del 14 de Agosto de 2003 de la Secretaría de Salud de Distrito Capital y acuerdo No. 09 del 10 de Julio de 1995 expedida por el Ministerio de Salud.

Comprobada la situación académica y práctica se procedió a expedir el CERTIFICADO DE TECNICO LABORAL A:

CARLA JOHANA GARCIA MEDINA
C.C. 1030526895 de Bogotá D.C.

Dada en Bogotá D.C. a los Diez y Siete (17) días del mes de Junio del año 2006

DIRECTORA GENERAL

SECRETARIO GENERAL

FUNDACIÓN ESCUE... ...ACIÓN COLOMBI...

FUNCA

Con aprobación oficial según resolución No 1572 del 1º de Junio de 2005 emanada de la Secretaría de Educación del D. C. de Bogotá. Concepto Favorable del 10 de Agosto de 2004 emanado de la Secretaría de Salud del D. C. de Bogotá y acuerdo No 9 del 10 de Julio de 1995, emanado del Ministerio de Salud. Educación Formal

Confiere el

CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL

A

Carla Johana Garcia Medina

C. C. No. 1.030.526.895 Bogotá D.C.

EN

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos y prácticos con una intensidad total de 1500 horas

Dado en Bogotá, D. C. a los 17 de JUNIO de 2006

Director del Instituto

Secretario del Instituto

Asentado al Folio ... del Libro ... de ... de Graduados Por Cuentas No 20-03

2009-08-10 10:45 FAX 4538618 P 1/1

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



CARLA JOHANA
GARCIA MEDINA
C.C. o C.E. 1030526395

SALUD

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 26/12/2006

Secretaría
SALUD

Resolución No 10858 *de* 11/12/2006

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GARCIA MEDINA CARLA JOHANA identificado(a) con CC número 1030526895 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA el día 17/06/2006 y registrado en el libro 2 Folio 6G año 2006
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a GARCIA MEDINA CARLA JOHANA identificado(a) con CC número 1030526895 expedida en BOGOTA D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Direccion de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 11/12/2006

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Directora de Desarrollo de Servicios

Bogotá, D.C 26/12/2006.
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Carla Johana Garcia
CC. # 1.030.526.895.
Firma

Elaboro Victor Sanchez
Revico : Adriana Lozano

(05 SET. 2008)

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud".

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas por las Resoluciones Nos. 0285 de febrero 7 de 1989, 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.1.030.526.895 DE BOGOTA, D.C.**, ha solicitado inscripción para ejercer como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, TITULO** que le otorgó **LA FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA "FUNCA", BOGOTA, D.C., SEGÚN ACTA DE CAPACITACION, DE FECHA 17 DE JUNIO DE 2006.**

Que **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA,** se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** a Nivel Nacional, mediante **RESOLUCIÓN No.10858, DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2006,** expedida por **LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA, D.C.**

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.1.030.526.895 DE BOGOTA, D.C.,** para ejercer como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** 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.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 05 SET. 2008

ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud

Vo.Bo. **DRA. MARIA ISABEL SERRANO RANGEL**
Oficina Asesora de Asuntos jurídicos

Vo.Bo. **DR. JUAN PABLO RUANO FREIRE**
Dirección Desarrollo de Servicios

Proyectó: Alcira Romero

Sede Administrativa – Calle 26 47-73 Torre de Salud Piso 6 Bogotá, D.C.
Tel. 091- 426 04 12 / 04 13 Fax 426 18 82
www.cundinamarca.gov.co

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) CARLA JOHANA GARCIA MEDINA identificado(a) con CC 1030526895 registra La siguiente información:

2022-10-17 → 6:26:25 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2006-12-11	10858	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA

CERTIFICA QUE:

GARCIA MEDINA CARLA JOHANA.

C.C. 1030526895

Cursó y aprobó la acción de formación en:

Atención Integral en Salud de las Víctimas de Violencia Sexual.

Con una intensidad horaria de 40 Horas, realizado en Soacha, en el mes de Septiembre de 2021.

Dr. Carlos Arturo Quijano Tamayo.
Urgenciólogo.

DR. JORGE ARTURO SUAREZ SUAREZ
C.C. 79.298.944 de Bogotá
MEDICO CIRUJANO
U. NACIONAL DE COLOMBIA
Reg. 02404-90

Dr. Jorge Arturo Suárez Suárez.
Director Científico.

HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA

CERTIFICA QUE:

GARCIA MEDINA CARLA JOHANA.

C.C. 1030526895

Cursó y aprobó la acción de formación en:

Gestión del duelo.

Con una intensidad horaria de 40 Horas, realizado en Soacha, en el mes de Septiembre de 2021.

Rodrigo A Aragon D.

Dr. Rodrigo Alberto Aragón Daza.
Psicólogo.

DR. JORGE ARTURO SUAREZ SUAREZ
C.C. 79.298.941 de Bogotá
MEDICO CIRUJANO
U. NACIONAL DE COLOMBIA
Reg. 02404-90

Dr. Jorge Arturo Suárez Suárez.
Director Científico.

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

E.S.E HOSPITAL

CERTIFICA QUE:

carla johana garcia medina

Recibió el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 100

QUEVA YURIDIA GARCIA SANABRIA
RESPONSABLE TALENTO HUMANO

DRA. ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 13 2023

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SERVICIOS INTEGRALES COOPSIN
Nit: 830123989-8
Dirección: Calle 32 #6D-07 Este Piso 2 - Tels: 6317632 - 3103331357
Soacha Colombia

COOPSIN C.T.A.

CERTIFICA QUE:

Que El(La) Señor(a) **CARLA JOHANA GARCIA MEDINA**, identificado(a) con CC No. **1.030.526.895** de Bogotá., se afilió a través de un Convenio Indefinido de trabajo asociativo con la cooperativa, a partir del 17 de enero del 2014 , percibiendo una compensación ordinaria, extraordinaria, auxilios y beneficios mensuales hasta por un total de **UN MILLON CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE ($1.400.000.oo)**. En calidad de trabajador asociado cumpliendo actividades específicas como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el frente **HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA SA**.

La presente se expide a solicitud del trabajador asociado(a) el 21 de octubre del 2022 en Soacha.

Cordialmente,

Monica M Moreno

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SERVICIOS INTEGRALES NIT. 830.123.989-8

MONICA MARCELA MORENO GARCIA
Gerente

Nota: Certificación impresa desde sitio web, firma digitalizada, favor confirmar los datos en los teléfonos relacionados.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	SOLICITUD CERTIFICACIÓN CONTRATOS DE ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Juridica	CÓDIGO	JUR_FTO_19
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	16/08/2022

FECHA ENTREGA: Después de los Ocho (8) días hábiles contados a partir de la radicación, los cuales se cumplen el:

FECHA DE RADICACIÓN : 15/07/22

NOMBRE Y APELLIDO: Carla Johana Garcia Medina

NUMERO DE DOCUMENTO: 1030526895

CORREO ELECTRÓNICO: Carvitis29@gmail.com

NUMERO DE TELÉFONO : 3004302740 - 3123074126

		FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	EN EJECUCIÓN
NÚMERO Y AÑO CONTRATO:	9021	1 08 2021	30 08 2021	
NÚMERO Y AÑO CONTRATO:	9811	1 09 2021	31 12 2021	
NÚMERO Y AÑO CONTRATO:				
NÚMERO Y AÑO CONTRATO:				

INDICAR SI LA CERTIFICACIÓN SE REQUIERE CON OBLIGACIONES ESPECIFICAS

SI: **NO:**

OBSERVACIONES : En caso de requerir más periodos y/o más contratos, favor indicar a partir de qué año ejemplo: certificar contratos a partir del 2014 a la fecha, en el siguiente espacio:

FIRMA Y No. CEDULA SOLICITANTE 1030526895

NOTA IMPORTANTE : FAVOR DILIGENCIAR ESTE FORMATO DE FORMA CLARA, LEGIBLE Y COMPLETA, CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LA SOLICITUD .

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nombre y apellido	Carla Johana García Medina
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	carvijis20@gmail.com
Teléfono	
Celular	312 3074721
Nivel Educativo	

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	Johana
SMS para recuperar la contraseña	312 3074721