

	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH FTO 10
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

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

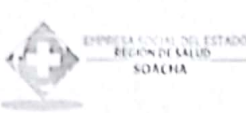
NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Johanna Gomez Herrera

CARGO: Salud Ocupacional

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

Los formatos impresos no diligenciados se consideran como copia no controlada

Aprobación:

	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH FTO 10
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

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

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

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

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

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


REFERENTE TALENTO HUMANO
QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA

LEIDY JOHANNA GÓMEZ HERRERA



CC: 1.024.508.888

Dirección: Carrera 77 M # 70 B 27 sur

Celular: 314 428 55 86

E-MAIL: johanita.28@hotmail.com

PERFIL

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

EXPERIENCIA LABORAL

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

Cargo: SALUD OCUPACIONAL

Funciones: Realizar actividades del plan de intervenciones colectivas en el municipio de Soacha en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan de salud territorial de acuerdo a las necesidades y prioridades de la población mediante la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en el marco de acciones de promoción y mantenimiento de la salud.

Duración contrato: 01/12/2022 hasta 31/12/2022

Jefe inmediato: Sonia Garzón

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

Cargo: SALUD OCUPACIONAL

Funciones: Realizar actividades del plan de intervenciones colectivas en el municipio de Soacha en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan de salud territorial de acuerdo a las necesidades y prioridades de la población mediante la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en el marco de acciones de promoción y mantenimiento de la salud.

Duración contrato: 01/11/2022 hasta 30/11/2022

Jefe inmediato: Sonia Garzón

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

Cargo: SALUD OCUPACIONAL

Funciones: Realizar actividades del plan de intervenciones colectivas en el municipio de Soacha en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan de salud territorial de acuerdo a las necesidades y prioridades de la población mediante la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en el marco de acciones de promoción y mantenimiento de la salud.

Duración contrato: 04/08/2022 hasta 31/10/2022

Jefe inmediato: Sonia Garzón

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

Funciones: Encuestadora de diferentes comunas y corregimientos, apoyo a brigadas y radicación.

Jefe Inmediato: Luz Marina Galindo Caro

Fecha: Ingreso 03/05/2021 hasta 19/11/2021

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

Cargo: Aprendiz SST

Función: Ejecutar actividades de SST, Inspecciones, Capacitaciones Sensibilizaciones, entrega de Epp entre otras.

Duración contrato: 31/05/2021 hasta 31/10/2021

Jefe inmediato: Cristian David Quiroga Méndez

Teléfono: 3144610541

EXPERIENCIA LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA: FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA

Cargo: Operativa, con apoyo al área de Seguridad y Salud en el trabajo

Función: Operaria de máquinas industriales, elaboración de prendas militares, con apoyo en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ejecutar actividades de SST, Inspecciones, entrega de Epp entre otras.

Duración contrato: 06/02/2020 hasta 31/12/2020

Jefe inmediato: Ana María Mayorga.

NOMBRE DE LA EMPRESA: CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS SOACHA

Cargo: Aprendiz SST

Función: Ejecutar actividades de SST, Inspecciones, entrega de Epp entre otras.

Duración contrato: 11/ 2017 hasta 1/05/2018

Jefe inmediato: Capitán Michael Suarez

Teléfonos: 7610097- 3164726953

INFORMACION ACADEMICA

- **TEGNOLOGO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
SENA (Centro de gestión industrial)
- **TECNICO EN SEGURIDAD OCUPACIONAL**
SENA SOACHA Centro industrial y de desarrollo empresarial de Soacha
Finalizado en el 2018
- **CURSO ENTRENAMIENTO Y PREPARACIÓN DE BRIGADA INTEGRAL BÁSICA- PERSONAL** Horas: (8)
Sena Soacha
- **CURSO SENA: BASICO EN MARROQUINERIA**
- **ESCUELA FORMARTE MV**
Manejo de Maquinas Industriales de Confección
- **BACHILLER INSTITUCIÓN EDUCATIVA RICAUTE** Soacha
Terminación 2006
- **PRIMARIA INSTITUCIÓN EDUCATIVA RICAUTE** Soacha
Terminación 2000

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE: Neider Orlando Tunjuelo Herrera
CELULAR: 3224101930

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

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: Marlon Antonio Bravo Velázquez
CELULAR: 3102499885

NOMBRE: Octavio Velasco
CELULAR: 3004179088

FIRMA _____

Leidy Gomez



C.C 1.024.508.888 de Bogotá D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.508.888

GOMEZ HERRERA

APELLIDOS

LEIDY JOHANNA

NOMBRES

Leidy Johana Gomez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1990

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

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

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00153757-F-1024508888-20090327

0010534094A 1

28657662

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 211671992**



WEB

09:49:51

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de diciembre del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024508888:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de 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.



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

**LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO**

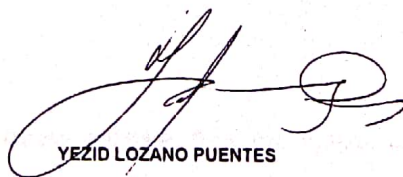
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 19 de diciembre de 2022, a las 09:51:47, el número de identificación, relacionado a continuación, **NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.**

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1024508888
Código de Verificación	1024508888221219095147

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 09:57:35 AM horas del 19/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1024508888

Apellidos y Nombres: **GOMEZ HERRERA LEIDY JOHANNA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



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, 19/12/2022 09:54:53 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1024508888** .

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. **48884365** . 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](#)

Inspección

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14883762138



(415)7707212469984(8020) 0000014883762138

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 4 5 0 8 8 8 8

6. DV

3

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 2 4 5 0 8 8 8 8

27. Fecha expedición

2 0 0 8 0 9 2 6

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

29. Departamento

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GOMEZ

32. Segundo apellido

HERRERA

33. Primer nombre

LEIDY

34. Otros nombres

JOHANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 77 M 70 B 27 SUR

42. Correo electrónico

johanita.28@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 4 2 8 5 5 8 6

45. Teléfono 2

3 1 0 2 4 9 9 8 8 5

CLASIFICACIÓN

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2 0 8 0 4

Actividad económica

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2022 - 12 - 19 / 05 : 05 : 53

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 1.8.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: GOMEZ HERRERA LEIDY JOHANNA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

	FORMATO SARLAFT		Codigo		TH_FTO_45
			Version		0
			Vigencia		6/07/2022
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2022-12-19	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 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	
GOMEZ		HERRERA		LEIDY	
SEGUNDO NOMBRE		JOHANNA			
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	
FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)		2008-09-26			
C.C. ☒		C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		1024508888	
BOGOTA D.C.		BOGOTA D.C.			
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	
NACIONALIDAD:		COLOMBIANA			
1990-08-28		BOGOTA D.C.		COLOMBIA	
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
TELEFONO CELULAR		3144285586			
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐		1		1	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLGO ☒ OTRO ☐					CUAL: TECNOLGO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
					CONTRATISTA
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:	
PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA			
KR 77 M # 70 B 27 SUR		BOGOTA D.C.		CUNDINAMARCA	
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
lohanita.28@hotmail.com		N/A		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
PAIS:		TELEFONO/FAX			
N/A		N/A		N/A	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	
SEGUNDO NOMBRE		N/A		N/A	
N/A		N/A		N/A	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	
FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)		N/A		N/A	
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		N/A		N/A	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	
NACIONALIDAD:		N/A			
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐		CUAL: TECNICO EN SALUD OCUPACIONAL			
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐		OTRA..... ☐			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ SOCIO ☐					
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ IVA		NO ☒		8299	
NO ☒ ICA		SI ☐ NO ☒		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		NO ☒		ESE Región de Salud Soacha	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIA ☒		# NIT	
800006850-3					
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ MINERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TIPO ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐					
OTRA ☐ CUAL:					

	FORMATO SARLAFT		Codigo	TH_FTO_45	
			Version	0	
			Vigencia	6/07/2022	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CL 13 # 9 - 97		6017309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL		TECNICO SALUD OCUPACIONAL		FECHA VINCULACION	2022-11-18
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	PASIVOS
SALARIOS	\$ 2,178,000	GASTOS FAMILIARES	\$ 800,000	AHORROS	\$ 1,000,000
HONORARIOS		ARRIENDOS	\$ 500,000	INVERSIONES	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 2.178.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.300.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 1.000.000
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	
MORALES	CHIMA		MIREYA	N/A	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CL 36 I 35 (TERRA GRANDE)	SOACHA		AMISTAD	3118624422	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS		24092829453	CHICO	(601) 3077060
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☐ ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS: IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ AGO SERVICIOS ☐				CUAL: <input type="text"/>	
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 entregará a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
TECNICO EN SALUD OCUPACIONAL					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)					
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.					
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades 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 últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante					

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

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

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

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

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

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

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

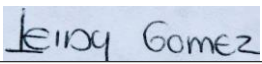
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

CERTIFICA:

Que el señor (a) **LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA** identificado con Cedula de Ciudadania No. 1.024.508.888, se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de EPS Sanitas, desde el 01/09/2022, Actualmente su estado en nuestra entidad es **ACTIVO** en calidad de **COTIZANTE**.

La presente solicitud se expide a los 20 días del mes de (12) diciembre de 2022 y es fiel copia de lo registrado en el sistema de información de la EPS.

Cordialmente,

JEIMY VIVIANA RODRIGUEZ

Asesor de Gestión Integral
EPS Sanitas S.A.

 **EPS Sanitas**
OFICINA COACHA
SERVICIO MEDICO

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA identificado(a) con C.C No. 1.024.508.888, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de diciembre del 2022.

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

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



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



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Gomez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Herrera	NOMBRES Leidy Johanna	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1024508888	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 28 MES 08 AÑO 1990 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 77 M 70 B 27 sur CASA Nueva Granada PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. TELÉFONO 5555555 EMAIL johanita.28@hotmail.com		

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2006

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)								
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:								
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)		
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)				
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).								
MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
PREGRADO	4	X		TECNOLOGIA EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN ELTRABAJO		07	2021	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2022	Día	31	Mes	10	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO			DEPENDENCIA SALUD OCUPACIONAL					DIRECCIÓN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2022	Día	30	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO			DEPENDENCIA AREA DE SALUD OCUPACIONAL					DIRECCIÓN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7305500			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	20	Mes	05	Año	2021	Día	19	Mes	11	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 13 · 7 30						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

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 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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento **SOACHA 19 DE DICIEMBRE 2022**



Leidy Gomez

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES

Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

PERSONA NATURAL

(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Leidy Johanna Gomez Herrera

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1024508888

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTA

MUNICIPIO: BOGOTA

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

TELÉFONO: 3144285586 5555555

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

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

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN**

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

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

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Caja social	CUENTA DE AHORROS	24092829453	Chico	1.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°
C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Lenny Gomez



SOACHA 19 -12- 2022

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION 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, 19 diciembre de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo **Leidy Johanna Gomez Herrera**, identificado(a) con cedula No. **1.024.508.888** de **Bogotá D.C**, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: **Técnico Salud Ocupacional**, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,

Leidy Gomez



C.C. 1.024.508.888

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgyc.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 19 de diciembre 2022

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

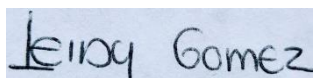
E. S. M.

Yo Leidy Johanna Gomez Herrera _____, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.024.508.888 de Bogotá D.C. _____, por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,



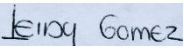


C.C. No. 1.024.508.888 _____ de Bogotá D.C. _____

 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 AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Leidy Johanna Gomez Herrera _____
 N° Documento: 1.024.508.888 _____
 Fecha de Nacimiento: 2 8 - 0 8 - 1 9 9 0 _____
 Dirección: kr 77 M # 70 B 27 sur _____
 Teléfono. Fijo – Celular: 3144285586 _____
 E-mail: johanita.28 @hotmail.com _____
 EPS: Sanitas _____
 AFP: Colfondos _____
 Firma Contratista:   _____

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____
 Fecha Finalización: _____
 Valor mensual: _____
 Valor Total: _____
 VoBo Área Contratación: _____

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____
 Firma responsable Afiliación: _____

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

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

Soacha 19 diciembre 2022

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo **Leidy Johanna Gomez Herrera** en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece “todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” y de acuerdo con lo establecido por el literal c del 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:

Tecnóloga en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Leidy Gomez 

N° Documento 1.024.508.888_____

Tarjeta Profesional N°_____

Dirección de contacto Kr 77 M # 70 B 27 sur

Teléfono: 3144285586

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Leidy Johanna

Apellidos:

Gomez Henao

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ FEP ☐ otro ☐ cuál:

No.

1024 508 888

Fecha de
nacimiento:

Día 28 Mes 08 Año 1990

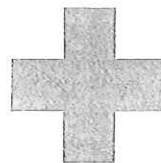
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	16/09/20	Astrazeneca	Q3	SEDE SAN MARCOS	YU04 Peña	39676454
	2	16/09/20	Astrazeneca	M4	SEDE SAN MARCOS	Diana Gama	52285363
		16/09/20	Pfizer	ACC 3034	VACUNACIÓN COVID 19 PSE Municipal de Soledad	Angeles Vercorlor	1022409657

ESQUEMA ANTIRRABICO			
Nº DOSIS	Nº DIA	FECHA	FIRMA
1ª	0		
2ª	3		
3ª	7		
4ª	14		
5ª	28		
1ª	0		
2ª	7		
3ª	28		
Refuerzo	1 año		
Refuerzo	3 años		
OTRAS	Prueba de Tuberculina	1ª Dosis	
		2ª Dosis	
		3ª Dosis	
	Gamaglobulina		
	Suero Antiofídico		
	Suero Antirrábico		
Anotaciones Especiales			

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.

Teléfono: 746 0909 Ext. 100 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co



72131

CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Lafdy Johanna Gerner

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO F

TELEFONO 1024500896

Sv004

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 en 1	Sarampión		
	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
TETANO	1ª Dosis	31 OCT 2017	CODS91
	2ª Dosis	04 Diciembre 2019	
	Refuerzo	21 JUL. 2022	Serv. 23316116/24 Kenny
	Refuerzo	21 Julio 2023	
FIEBRE AMARILLA			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo. Polisacárido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª	31 OCT 2017	300970 01
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

Certificado de Aptitud Laboral: INGRESO - OTROS



Fecha: 21/Jul/2022, Hora: 08:45:07 a.m.

Apellido: GOMEZ HERRERA

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: SALUD OCUPACIONAL

Direccion: CRR 77 M # 70 B 27 SUR

Telefono: Celular: 3144285586 Email: Estado Civil: Soltero

Ciudad: Bogota D.C. - Bosa

Nombre: LEIDY JOHANNA

Nro Identidad: 1024508888

HC: # 41763

Edad: 31 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 28/Ago/1990

Rh: A+

Exámenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto

Apto con recomendaciones

Recomendaciones

Uso de Elementos de Proteccion Personal

Pausas Activas

Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo

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

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

*REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA REALIZAR SUS TODAS SUS ACTIVIDADES LABORALES, CONTROL POR OPTOMETRIA /REALIZAR ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS /DIETA BALANCEADA: BAJA EN CALORÍAS, GRASAS Y HARINAS/MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLES.

*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

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

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a 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.

LADY MARTIN
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
R.M. 8526/2015
Lic. de S.O. 3594/2016

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



LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA
CC 1024508888

Huella
Digital

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

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

Cra. 9 No. 12^a - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

comercial@servirips.com



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.024.508.888

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

Título de

TÉCNICO EN

SEGURIDAD OCUPACIONAL

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

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



REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA

ACTA DE GRADO

Nº Y FECHA REGISTRO 41642475 - 28/05/2018

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

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

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

TÉCNICO EN SEGURIDAD OCUPACIONAL

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

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

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



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA

Con Cedula de Ciudadania No. 1024508888

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

Título de

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

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

Firmado Digitalmente por

A stylized, dark grey digital signature, appearing as a series of overlapping, fluid strokes.



REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 62151569 - 13/12/2021

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

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

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

TECNÓLOGO EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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

Firmado Digitalmente por

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



REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 62151569 - 13/12/2021

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

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

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

TECNÓLOGO EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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

Firmado Digitalmente por

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

RESOLUCIÓN No. 25-0026 de 2022

(31 DE ENERO DE 2022)

"Por la cual se otorga Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA"

EL SECRETARIO DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En uso de sus facultades legales conferidas por la resolución 8211 del 15 de julio de 1989, del Decreto Ordenanza 437 del 25 de septiembre de 2020, emitido por el Gobernador de Cundinamarca, de la Ley 1562 de 2012, y la Resolución No. 04502 del 28 de diciembre de 2012, emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1562 de 2012, en su artículo 23, asignó directamente la competencia para otorgar y renovar las licencias para la prestación de servicios de salud ocupacional a las entidades departamentales y distritales de salud, en los siguientes términos: *"Licencias en Salud Ocupacional. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en el término de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la presente ley, el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de Licencias en salud ocupacional a las personas naturales y jurídicas, que como mínimo deben comprender: requisitos, experiencia, campo de acción de acuerdo a su profesión, cobertura nacional y departamental, formación académica, y vigencia de la licencia". La expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional estará a cargo de las entidades departamentales y distritales de salud".*

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución número 004502 del 28 de diciembre de 2012, expidió la reglamentación del procedimiento y requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional, y a su vez, el Secretario de Salud de Cundinamarca, mediante Resolución 0030 del 04 de febrero de 2013, delegó en el Director de Desarrollo de Servicios de Salud, la competencia para la expedición en primera instancia de los actos administrativos mediante los cuales se otorgue y renueve la licencia para la prestación de servicios de salud ocupacional.

Que **LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA** identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No.1024508888 ha formulado solicitud escrita, para obtener licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, para lo cual ha acompañado los documentos de que trata el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2012, emanada del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, considera procedente otorgar la respectiva licencia para la prestación de servicios en Salud Ocupacional, hoy Seguridad y Salud en el Trabajo.

En mérito de lo expuesto,



Gobernación de
Cundinamarca



Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Salud Piso 5.
Código Postal: 111321
Teléfono: 749 173026
@CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

RESOLUCIÓN No. 25-0026 de 2022

(31 DE ENERO DE 2022)

"Por la cual se otorga Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA"

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Otorgar licencia para prestar servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a **LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.1024508888, de acuerdo al perfil profesional como **TECNÓLOGO EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** DE EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA, quien cuenta con conocimientos en las áreas de:

- EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- ACOMPAÑAMIENTO EN LA INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO
- EDUCACIÓN
- CAPACITACIÓN
- APOYO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD INDUSTRIAL
- APOYO EN ACTIVIDADES DE HIGIENE INDUSTRIAL

PARÁGRAFO: La licencia de que trata el presente artículo tiene el carácter de personal e intransferible y validez en todo el territorio nacional, acorde con el inciso primero del artículo 6º de la Resolución 004502 del 28 de diciembre de 2012.

ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia para prestar servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, que se otorga mediante la presente Resolución se concede por el término diez (10) años y podrá ser renovada por término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación.

ARTÍCULO TERCERO: Toda la prestación de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, que el titular de esta licencia preste a Instituciones Públicas o Privadas deberá estar acompañada de una (1) copia de la presente Resolución que acredita el otorgamiento de su respectiva licencia.

ARTÍCULO CUARTO: El titular de la licencia, deberá cumplir en el ejercicio de sus actividades con las normas legales, técnicas, éticas y de control de garantía de calidad para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo que para tal fin expida la autoridad competente.

ARTÍCULO QUINTO: La Secretaria de Salud de Cundinamarca, en cabeza de la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control, vigilará y controlará el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Resolución 004502 del 28 de diciembre de 2012, e impondrá las sanciones que acarreen su incumplimiento, sin detrimento de las demás sanciones que pueden derivarse de la transgresión a las normas legales vigentes.

ARTÍCULO SEXTO: Notifíquese electrónicamente el contenido de la presente Resolución al usuario titular, en los términos del artículo 56 del Código de



Gobernación de
Cundinamarca



Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Salud Piso5.
Código Postal. 111321 -
Teléfono: 749 1730-26
@CundinamarcaGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co

RESOLUCIÓN No. 25-0026 de 2022
(31 DE ENERO DE 2022)

"Por la cual se otorga Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA"

Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de acuerdo con la autorización dada por el interesado. Haciéndole saber que contra esta resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios y en subsidio apelación ante el Secretario de Salud de Cundinamarca, del cual podrá hacer uso por escrito y dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, acorde con el artículo 76 y siguientes del mismo código.

PARÁGRAFO: Si no pudiere hacerse la notificación electrónica, deberá surtirse la misma en los términos de los artículos 67 y 69 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., a los 31 días del mes de Enero de 2022.



GILBERTO ALVAREZ URIBE
Secretario de Salud

Revisó Texto Jurídico:	José Leonardo Ayala Suárez/ Profesional Universitario-OAJ
Revisó Texto Jurídico:	Andrea Manosalva Martínez/ Jefe OAJ
Texto Técnico:	Sandra Patricia Martínez / Profesional Especializado DDS

Nota:

En caso de requerir la verificación de ésta licencia puede solicitarla al siguiente correo: notificacioneslicenciassalud@cundinamarca.gov.co



Gobernación de
Cundinamarca



Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Salud Piso 5,
Código Postal: 111321
Teléfono: 749 1730/26
@CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co