EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTADEVERIFICACIÓNDEDOCUMENTOS 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.

NOMBRESYAPELLIDOS: KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA

CARGO: Auxiliar de Enfermería

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	GESTIONDELTALENTOHUMANO				
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	Libretamilitaral150%Legibletotalmenteporlasdoscarasocertificadosituaciónmilitar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduría.*No menor a tres meses				
6	Certificado de antecedentes Contraloría.*No menor a tres meses				
7	CertificadodeantecedentesjudicialesPolicíaNacional.*Nomenoratresmeses				
8	Certificado medidas correctivas.*No menor a tres meses				
9	Antecedentesdisciplinariostribunal(medicina,odontologíayenfermería)				
10	RUT Actualizado				
11	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.				
12	Certificado actual de afiliación EPS				
13	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones				
14	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEPII				
15	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEPII				
16	Formato de oferta de prestación de servicios				
17	Formato de indemnidad				
18	Formato de ARL				
19	Autorización manejo de datos personales (habeasdata)				
20	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información				
21	Póliza de responsabilidad civil(Asistenciales)				
22	Carné de vacunas:COVID19Esquemacompleto				
23	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones)toxoidetetánico. *Esquemacompleto				
24	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría *Vigenciade3años				
	SOPORTESDEESTUDIOSFORMALES *DIPLOMAYACTADEGRADO				
25	Básica secundaria(bachiller)*De conformidad con el perfil solicitado				
26	Técnico*Deconformidadcon elperfilsolicitado				
27	Tecnólogo*Deconformidadconelperfilsolicitado				
28	Profesional*Deconformidadconelperfilsolicitado				
29	Especialización*Deconformidadconelperfilsolicitado				
30	Maestría *Deconformidadcon elperfilsolicitado				
31	Tarjetaprofesional				
32	Resoluciónpara ejercicio profesionaly técnico deCundinamarca				
33	ReTHUSactualizado–pregradoy postgrado(Asistenciales)				
34	Resolucióndeconvalidacióndetítulos *Aplicaparaextranjeros				
	CERTIFICADOSOPORTESDEESTUDIOSNOFORMALES				
35	Atenciónavictimasdeagentequímicos(Personalasistencialytransporteasistencial)				
36	Rutaatenciónintegralavíctimasdeabusosexual(Asistenciales)				
37	Manejodelduelo(Asistenciales)				
38	Inducción–reinducciòncorporativa(Todos)				
	AUXILIARDEENFERMERIAURGENCIASADULTOS,PEDIATRICASOGINECOLOGICAS				
39	Soportevitalbásicoconfechadevigencia				
40	Tomademuestraconfechadevigencia				
	JEFEDEENFERMERIAURGENCIASADULTOS,PEDIATRICASOGINECOLOGICAS				
41	Tomademuestraconfechadevigencia				
42	Soportevitalavanzadocon fechadevigencia				
	MEDICOGENERAL,URGENCIASADULTOS,PEDIATRICASOGINECOLOGICAS				
43	Soportevtalavanzadocon fechadevigencia				
44	Soportevitalavanzadopediátricoconfechadevigencia(Pediatría)				
45	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
	MEDICOURGENCIOLOGO				
46	Certificadoenformacióndesedación				
	ODONTOLOGO				
47	Certificadoradio protección *Vigencia2años				
	AUXILIARDEENFERMERIACENTROSYPUESTOSDESALUD				
48	Certificadoenadministracióndeinmunobiológicos(PAI)confechadevigencia *Aplicaparavacunador				
49	Tomademuestraconfechadevigencia				
	JEFEDEENFERMERIACENTROSYPUESTOSDESALUD				
50	Retiroeinserción DIU				
51	RetiroeinserciónJADELLE				
52	Certificadodeformaciónentoma decitología				
53	Soportevitalavanzado				
	MEDICOGENERALCENTROSYPUESTOSDESALUD				
54	Soportevtalavanzado				
	CONDUCTORESDEAMBULANCIA-ADMINISTRATIVOS				

55	Formaciónoperadorvehiculodeemergencia(COVE)*Aplicasoloambulancia				
56	Primerosauxilios*Aplicasolo ambulancia				
57	Registrouniconacionaldetránsito RUNT				
58	Licenciadeconducción				
59	ConsultaSIMITestadodeinfraccionesymultasdetransito				
60	Certificadodeaptitudlaboralconénfasisosteomuscularyevaluacionespsicosensométricas *Vigencia3años.				
	AUXILIARENFERMERIAAMBULANCIA				
61	Soportevitalbásico				
62	PrimerosAuxilios				
63	Certificadopruebasenel puntodeatenciódelpaciente (POINT OFFCARE TESTING-POCT)				
	INGENIEROBIOMEDICO				
64	CertificadodelregistroINVIMA				
	SERVICIOTRANSFUSIONAL/LABORATORIOCLINICO				
65	Certificadoenformaciónparaelmanejodetransfusiónsanguinea				
66	Certificadopruebasenel puntodeatención depaciente (POINTOFFCARETESTING-POCT)				
	RADIOLOGIA(APLICAPARAPERSONALEXPUESTOARADIACIONESIONIZANTES)				
67	Certificadocurso radio protección*Vigencia2años.				
68	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular, visiometria y laboratorios clinicos (cuadrohemáticoconrecuentode plaquetasymediciódeTSHT3YT4libre)				
	SERVICIODEALIMENTACION				
69	Certificaciódemanipulaciódealimentos				
70	Certificadode aptitudlaboral conexamen coprológico, frotis faringeo con cultivo, COH.				
	MANTENIMIENTO				
71	Certificadocurso dealturas				
72	Certificado deaptitudlaboral conénfasistrabajo enalturas*Vigencia1año.				
	EXPERIENCIALABORAL				
73	Certificacioneslaborales *Deconformidadcon elperfilsolicitado				
Nombreyfirmadequien verificaladocumentación:					

- **Favorentregarfotocopiadelosdocumentosenelordenrelacionadoanteriormente,encarpetadejuegodetapaslegajadorastamañooficioygan choplásticolegajador,además desubirenellinkdeldrivelacarpetaconlosdocumentosdigitalesdestinadosparatalfin.(Carpetaquenoseen cuentresubidaendrive,noserárecibidaenfísico).**
- **El Referente de TalentoHumano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en mediofísico se encuentrancompletosyvigentesunavezfirmadalalistadeverificaciónparalacontrataciódepersonal.**

NOTA:IMPRIMIRESTEDOCUMENTOADOBLECARA(Pagina1-2)

- **PersonalAsistencial:** LaEMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHAcontemplacomoPersonal Asistencialatodoaquelcolaboradorqueestáinmersoenla AtenciódirectadePacientesoUsuarios(MédicosEspecialistas, 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 AdministrativoalosProfesionalesEspecializados,ProfesionalesUniversitarios,Tecnólogos,TécnicosyBachilleresqueensuactividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

Quely Garcia. S.

REFERENTE TALENTO HUMANO
QUELYYURIDIAGARCIASANABRIA

Soacha, 19 de diciembre de 2022

Doctora.
ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

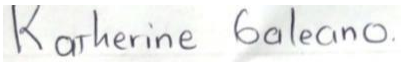
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Katherine Andrea Galeano Acosta

Cargo: Auxiliar de Enfermería

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

Cordialmente,



Nombre del Contratista
CC: 1.024.533.990
Dirección: Kr 6 A este # 22 - 14
Email: katheholi@live.com
Teléfono/ Celular: 5754192 / 3185858315

KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA
Cc 1024533990
Cra 6 A este # 22 – 14, Ricaurte, Soacha, Cundinamarca
Tel :3185858315 – 5754192
Correo : katheholi@live.com

AUXILIAR DE EMFERMERIA



PERFIL LABORAL

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

ESTUDIOS

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

PRACTICAS AIEPI
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA (2017)

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

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

TECNICO AUXILAR DE ENFERMERÍA
FUNDACIÓN SAN MATEO (2009)

EXPERIENCIA LABORAL

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

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

Escaneado con CamScanner

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

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

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS (junio 2017 a diciembre 2021)
PIC CUADRANTES SALUDABLES

Funciones específica:

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

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

- PUESTO DE SALUD LUIS CARLOS GALAN CAZUCA

Funciones especificas

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

Katherine Galeano

Referencias y certificaciones a solicitud del interesado.

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.024.533.990

GALEANO ACOSTA

APELLIDOS

KATHERINE ANDREA

NOMBRES

Katherine Galeano

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-OCT-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1524700-01104839-F-1024533990-20191020 0068406171A 2 9910554659

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 211668278

WEB
09:22:00

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) KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024533990:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de 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 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 26 de diciembre de 2022, a las 14:35:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1024533990
Código de Verificación	102453399022122614353 5

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

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:36:56 PM horas del 26/12/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **1024533990**
Apellidos y Nombres: **GALEANO ACOSTA KATHERINE ANDREA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Volver al Inicio

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, 26/12/2022 02:40:41 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1024533990 .**

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. **49387580** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14871438892

(415)7707212489984(8020) 000001487143889 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 4 5 3 3 9 9 0	2	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	1 0 2 4 5 3 3 9 9 0	2 0 1 0 1 0 2 6

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
GALEANO	ACOSTA	KATHERINE	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 6 A ESTE 22 14

42. Correo electrónico: katheholi@live.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 5 8 5 8 3 1 5	3 0 4 3 8 7 2 8 5 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 7 0 7 0 4							1

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	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

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 10 - 13 / 18 : 38: 15

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre GALEANO ACOSTA KATHERINE ANDREA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14871438892

(415)7707212489984(8020) **000001487143889 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 4 5 3 3 9 9 0	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 5 0 4 1 0	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 5 0 4 1 0	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 2 5 6 1 4 4 2	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14871438892

(415)7707212489984(8020) **000001487143889 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 2 4 5 3 3 9 9 0	2	Impuestos de Bogotá	3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Expendio a la mesa de comidas preparadas 5 6 1 1	

162. Nombre del establecimiento: RESTAURANTE EL PORTAL DE LOS CRISTALES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4	

165. Dirección: CL 22 # 6 B - 09 ESTE

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 0 2 5 6 1 4 4 4	2 0 1 5 0 4 1 0	
168. Teléfono: 7 2 6 2 6 4 7	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICA QUE:

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

Fecha de Activación de	01/07/2017
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CENTRO DE ATENCION EN SALUD SOACHA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 26 días del mes diciembre del 2022 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 26 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GALEANO	ACOSTA	KATHERINE ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. X C.E. ◯ PAS ◯ No. 1024533990	F X M ◯	COL. X EXTRANJERO ◯	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE ◯ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 09 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SANTA FE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 1 16 09 CASA LAS VILLAS

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO 5754192 EMAIL katheholi@live.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° X	MES	12	AÑO	2010

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (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	4	X			12	2009	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* SIN DATO						
DEPARTAMENTO SIN DATO	*MUNICIPIO* SIN DATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2017	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 13 10 48, Soacha, Cundinamarca					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7309230	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* COMUNITARIA					*DIRECCIÓN* calle 13310-95					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	9

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 *Soacha 19-Dic-2022*

Katherine Galeano

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

Soacha, 19 deDiciembre de 2022

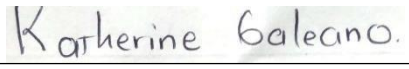
Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Katherine Andrea Galeano Acosta, identificada con Cedula de ciudadanía No. 1.024.533.990 deBogotá, 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. 1.024.533.990 De Bogotá

Medellín, 19 de diciembre de 2022

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

CERTIFICA:

Que KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1024533990 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/12/2022 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2022

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

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:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

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:
C10245339902235338521

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 19/12/2022 10.42 AM

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTASDELA ESEREGIÓNDE SALUD SOACHA

Yo Katherine Andrea Galeano Acosta, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.024.533.990, expedida en Bogotá. en mi condición de contratista de la**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos yherramientas del sistema de informacióndela Entidad, entiendo yacepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición deinformaciónconfidencial**.** 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, inclusodespués definalizar susrelaciones 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**yasusrespectivostitulares, nopudiendoserutilizadaparafinesdistintosalcumplimientodelasactividadescontractuales.**CLÁUSULA TERCERA:**Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromisodeconfidencialidadynodivulgación 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**.**CLÁUSULACUARTA:** Obligaciones del contratista**.** Como contratista dela**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 personassin autorizacióndelsupervisory/odirectivasdelaEntidad.Tambiénmecomprometoanousarla 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 informaciónoala**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratistaresponderé frente al Hospital por la utilización indebida de la informaciónymesometeréalrégimendelordenamientojurídicocolombianoencasodeincumplimientode

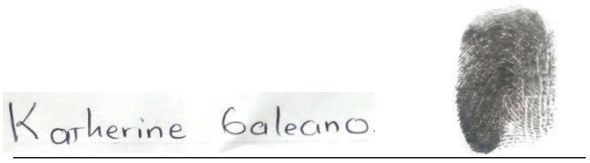
lostérminospactados.**CLÁUSULAQUINTA:**Protecciónde datos**.**Laprotecciónde losdatospersonales delosempleadosycontratistascontenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogadoscomodatossensiblesconcarácterreservadoyconfidencial,y,sutratamiento estásujetoa laleyy normatividadaplicablea lainformación pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de lainformación**:** 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(vercuadroanexo)seconstituye comoelprimercompromisodeprotecciónde lainformacióny datospersonalesporestostratados.Lamisma estarásujetaaunacompleta confidencialidad.Enningúncaso 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 garantizarlaconfidencialidad,reservayseguridaddelainformación.**ParágrafoPrimero:**Comotitulardel usuario asignado me haré responsable detodaslas actividadesrealizadasa travésde mi cuenta.**Parágrafo Segundo.**Lacontraseñaserágenerada ycomunicadaalcorreoelectrónicoinstitucionaloficialalasolicitud derespuestadecreacióndelusuario(segúnaplique).**ParágrafoTercero:**Esmicompromisocomousuario 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,númerosoletrasconsecutivasrepetidas.**CLÁUSULAOCTAVA:** Traspaso de información**.** Solopodrá 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 contratistasquetengannecesidad deconocerlaparalamencionadafinalidad,ycuandoautoridadpúblicala solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos deeste Acuerdo, los cuales deben aceptar yadherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo**.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) aceptoqueelAdministradordelaplicativoprocedaconelbloqueodelacuentacuandoesteúltimoevidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativosyherramientas (vercuadroanexo)informaréalAdministradordelSistema,atravésdeloscanales establecidos paratal 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 casodelmanejodeinformaciónqueincluyadatospersonales,daréestrictocumplimientoalasdisposiciones

Constitucionalesy legales sobre la protección del derecho fundamental de habeasdata, en particular lo dispuestoenelartículo15delaConstituciónPolítica,laLey1581de2012ysudecretoreglamentario1377 de 2013; ley 1712 de 2014 yLey1074de 2015; Resolución 1995 de1999; así como aquellas que regulan reserva ydemás 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 cualquiermomentoy sinprevioaviso,elcumplimientodelacuerdodeconfidencialidadynodivulgaciónde la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones.LaviolacióndelCOMPROMISODECONFIDENCIALIDAD,seráobjetodeinvestigaciónsin 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.

APLICATIVOSYHERRAMIENTASUTILIZADASENLAEMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCARCONX
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS,ENTIDADESDESALUD,FUNCIONARIOSY CONTRATISTAS	x
2	APLICATIVOSFUENTESDEINFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAIWEB • DINAMICAGERENCIALHOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	x x
3	FICHASDENOTIFICACIÓNEPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIASCLÍNICAS	x
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	x

Para constancia se firma en Soacha, a los 19 días del mes de diciembre del 2022



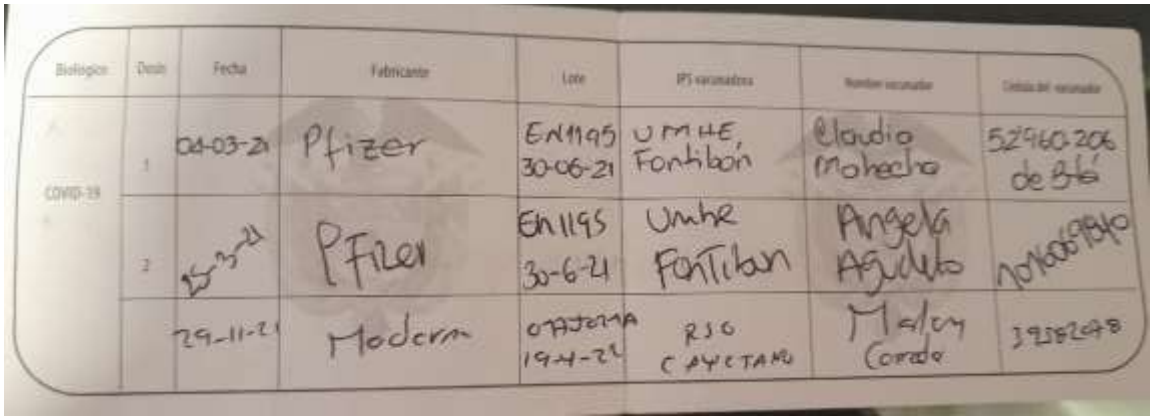
Firma y huella

3185858315

Celular No.

Correo institucional





Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	04-03-21	Pfizer	EN1195 30-06-21	UMHE, Fontibón	Claudia Mohecha	52960206 de Bté
	2	25-3-21	Pfizer	EN1195 30-6-21	Umhe Fontibon	Angela Agudelo	1016009840
		29-11-21	Moderna	047J044A 19-4-21	RSO CAYETANO	Maleny Conde	39282948

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Katherine Andrea

Apellidos: Galeano Acosta

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1024533990

Fecha de Nacimiento: Día. 10 Mes. 09 Año. 1992

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	8-11-18	0128W13002	PaolaQ
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	17-5-17	D2299	Emily C
	2	19-6-17	D2299	Emily C
	3	20-12-17	D2288	Naydrly
	4	5-1-19	2215015178	Naydrly
	5			
Hepatitis B	1	17-5-17	AHAUV711A	Yuliet
	2	19-6-17	AHUV711A	Yuliet
	3	20-12-17	032B002A	Naydrly

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

Escaneado con CamScanner

Dr ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional
EVALUACION OCUPACIONAL RSSC: 2575453266
Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12700 DE 01/11/2017

Consecutivo: 279



Nombre: KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA

Identificacion: CC 1024533990

Empresa: HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

Cargo a desempeñar AUXILAIR DE ENFERMERIA

Edad: 29 año(s) 2 Mes(es) y 19 Dia(s) Fecha nacimiento: 10/09/1992

Examen: INGRESO Fecha: Lunes, 8 de noviembre de 2021

Concepto de aptitud

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

RECOMENDACIONES

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

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

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

VER ANEXO VALORACION OSTEOMUSCULAR AL RESPALDO

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

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ
Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017

Katherine Galeano

FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N°1024533990

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

Escaneado con CamScanner

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 183

FUNDACIÓN SAN MATEO
Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

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

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

APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Al Graduando:

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

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

LUZ ADRIANA PATIÑO C.
DIRECTORA GENERAL

JENNY LIZETH BELLO M.
SECRETARIA GENERAL

Luz Marina Quintero P.
ENFERMERA JEFE

LUZ MARINA QUINTERO P.
DIRECCION ACADEMICA

Powered by CamScanner

La República de Colombia

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
RECONOCE ESTE TITULO PARA TODOS
LOS EFECTOS LEGALES
FECHA 10 de Marzo 2010
FOLIO 25 - 211

y en su nombre

Fundación San Mateo

Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Soacha - Cundinamarca

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

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

Katherine Andrea Galeano Acosta

T.I. 920910-54517 De Soacha

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Técnico en

Auxiliar de Enfermería

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

Luz Adriana Patiño C.
Directora General

Jenny Lizeth Bello M.
Secretaria General

Luz Marina Quintero P.
Direccion Academica

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2022-12-26→2:49:03 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1024533990	KATHERINE	ANDREA	GALEANO	ACOSTA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA identificado(a) con CC 1024533990 registra La siguiente información:

2022-12-26→2:49:03 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2017-03-10	211	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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

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

CERTIFICA QUE:

Katherine Andrea Galeano Acosta

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

JORGE HERNANDEZ
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 4, 2022

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

CERTIFICA QUE:

Katherine Andrea Galeano Acosta

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 10,00

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 3, 2022

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

O.C431-2018

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

C E R T I F I C A

Que el(a) señor(a), **KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.024.533.990,** ha suscrito contratos de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

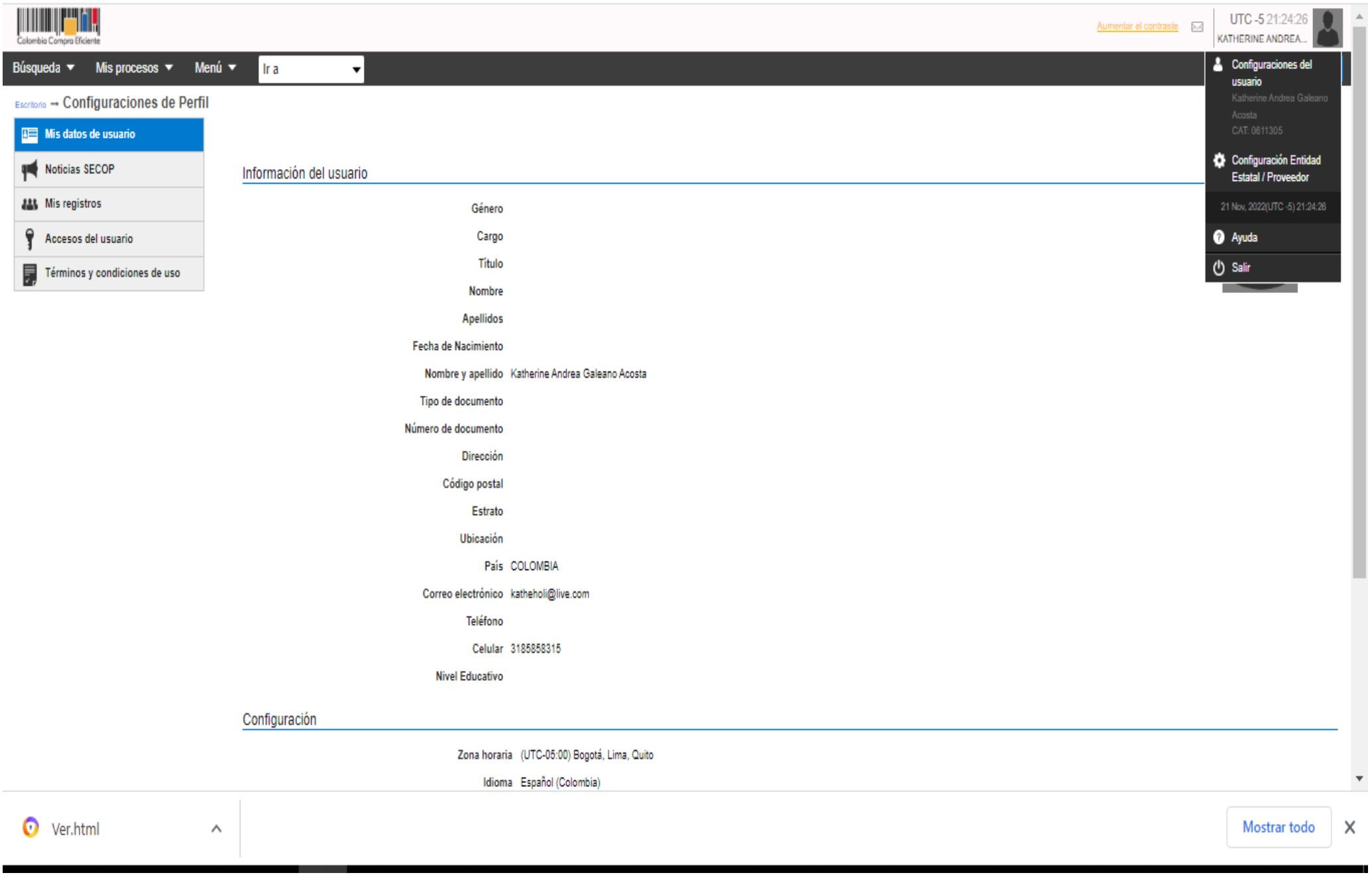
CONT. Nº	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR	ADICIÓN EN VALOR	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
348	1/2/2018	KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA	PRESTACION SERVICIOS COMO TÉCNICA AUXILIAR ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN L CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA SALUD SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS SOACHA .	$ 7.250.000	$ 1.450.000	$8.700.000	02/01/2018 HASTA 30/06/2018
911	11/14/2017	KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICA AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	$2.240.000	$	$2.240.000	14/11/2017 HASTA 31/12/2017
725	8/1/2017	KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	$2.066.666	$	$2.066.666	01/08/2017 HASTA 13/09/2017
663	6/8/2017	KATHERINE ANDREA GALEANO ACOSTA	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICA AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	$2.800.000	$	$2.800.000	08/06/2017 HASTA 31/07/2017
Los contratos suscritos se han ejecutado, con total autonomía y con solución de continuidad.							

Se expide a solicitud del interesado, en Soacha a los nueve (09) días del mes de agosto de 2018.

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

Proyecto: Jorge García

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
PBX 7309230ext 2007. Email: www.hmgy.com.co
Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
NIT. 800.006.850-3
Soacha –Cundinamarca-Colombia.


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 21:24:26
KATHERINE ANDREA...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Configuraciones del usuario
Katherine Andrea Galeano Acosta
CAT: 0611305
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
21 Nov, 2022(UTC -5) 21:24:26
Ayuda
Salir
Escritorio → Configuraciones de Perfil
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 Katherine Andrea Galeano Acosta
Tipo de documento
Número de documento
Dirección
Código postal
Estrato
Ubicación
País COLOMBIA
Correo electrónico katheholi@live.com
Teléfono
Celular 3185858315
Nivel Educativo
Configuración
Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Ver.html
Mostrar todo