EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	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: JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

CARGO: CONDUCTOR DE AMBULANCIA

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

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E como trabajador independiente con número de afiliación 215221 y con número de NIT 800,006,850, está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Fecha deTerminacion del Contrato
JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	C.C.	19,321,670	10/12/2022	10/01/2023

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 03 de enero de 2023 a las 11:04:45 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

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

Quely Garcia S.

REFERENTE TALENTO HUMANO
QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA

Soacha 1 de diciembre del 2022

Doctora.
ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 7309230
Ciudad: Soacha

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

CONDUCTOR DE AMBULANCIA

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 actividadesque sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ
CC: 19321670 DE BOGOTA D.C
CARRERA 6ª ESTE # 30ª 11 CASA 13
SOACHA CUNDINAMARCA
TEL: 3046796950

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ



Fecha y lugar de Nacimiento: 15 de Enero de 1958 Bogotá
Numero de Cedula: 19.321.670 Bogotá
Edad: 62 años
Estado civil: Casado
Dirección: Carrera 6ª este # 30ª 11 Casa 13
Teléfono: 304 - 6796950

PERFIL PROFESIONAL

Persona responsable, honesta y dedicada con gran capacidad de trabajo en equipo, habilidades para desenvolverme de manera productiva en el desarrollo de mi labor, con conocimientos y experiencia en el manejo de vehículos automotores, manejo de vehículos de emergencia, TAM (transporte ambulatorio medicalizado), TAB (transporte ambulatorio básico), operador de vehículo montacargas, ayudante mecánico.

ESTUDIOS REALIZADOS

Otros:

Curso Soporte Vital Básico - INTEDSALUD
Acreditación: 11 Diciembre 2019
Vencimiento: 11 Diciembre 2021

Curso Primeros Auxilios Basico y Avanzado - INTEDSALUD
Acreditación: 10 Diciembre 2019
Vencimiento: 10 Diciembre 2021

Curso Atención Integral en Salud a Victimas de Ataque con Agentes Químicos - STELLA VITAE S.A.S

Acreditación: 26 Enero 2020

Curso Ruta de atención integral a victimas de abuso sexual - Alcaldía municipal de SOACHA

Acreditación: 29 Mayo 2018

Curso Primeros Auxilios integrales para conductores de vehículos de emergencia - Cruz Roja Colombiana por medio de: Instituto de formación para el trabajo y desarrollo humano

Acreditación: 18 Mayo 2009

Secundaria: Instituto Monseñor Montini
Noviembre 1978

EXPERIENCIA LABORAL

E.S.E MUNICIPAL SOACHA

Gerente: Dr. María Victoria Herrera Roa
Fecha de ingreso: Abril del 2020
Fecha de retiro: Febrero de 2021

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

Jefe inmediato: Dr. Mauricio Abril
Fecha de ingreso: Enero del 2008
Fecha de retiro: Enero 31 de 2017

DINAMIC ARCHIVOS

Jefe inmediato: Alfonso Rozo
Teléfono: 320 430 10 36
Fecha de Ingreso: Junio de 2008
Fecha de Retiro: Diciembre de 2008

SECRETARIA DE SALUD SOACHA

Jefe Inmediato: Dr. Heriberto Pimiento
Teléfono: 5 752830/40 - 310 4781516
Fecha de ingreso: Enero de 2007
Fecha de Retiro: Diciembre de 2007

ESCOLYTUR EU.

Jefe Inmediato: Armando Riveros
Teléfono: 4116311
Cargo desempeñado: Conductor
Fecha de Ingreso: Enero 2003
Fecha de Retiro: Marzo de 2006

COOTRANSMUNDIAL LTDA.

Jefe Inmediato: José Manuel Parra
Teléfono: 7114797
Cargo desempeñado: Conductor
Fecha de Ingreso: Enero de 1995
Fecha de retiro: Octubre de 2002

CAJAS PLASTICAS S.A.

Jefe Inmediato: Jairo Barrios
Jefe Inmediato: Jorge Arias
Cargo desempeñado: ayudante de máquinas, tolbero, decorador, operario montacargas, operario máquinas de inyección.
Fecha de Ingreso: Marzo 17 de 1986
Fecha de Retiro: Diciembre de 1994

REFERENCIAS PERSONALES

KLARA HERNANDEZ
Teléfono: 9 002580

LINA DE PUENTES
Teléfono: 7 129588

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ
C.C. 19.321.670 Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

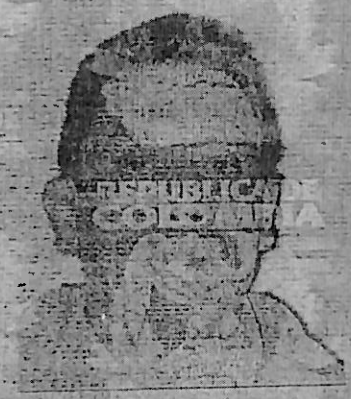
NUMERO 19.321.670

PEÑA SANCHEZ

APELLIDOS

JOSE ALFREDO

NOMBRES



FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-1958

CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | AB+ G.S. RH | M SEXO

10-FEB-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1524700-00124421-M-0019321670-20061106 0005357024A 1 1700002496

4/



FUERZAS MILITARES

TARJETA DE RESERVISTA No. 1646172

PERTENECE AL EJERCITO DE:

PRIMERA LINEA HASTA EL 31 - XII - 1.9[illegible]

SEGUNDA LINEA HASTA EL 31 - XII - 1.9[illegible]

TERCERA LINEA HASTA EL 31 - XII - 2.00[illegible]

ORIGINAL

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

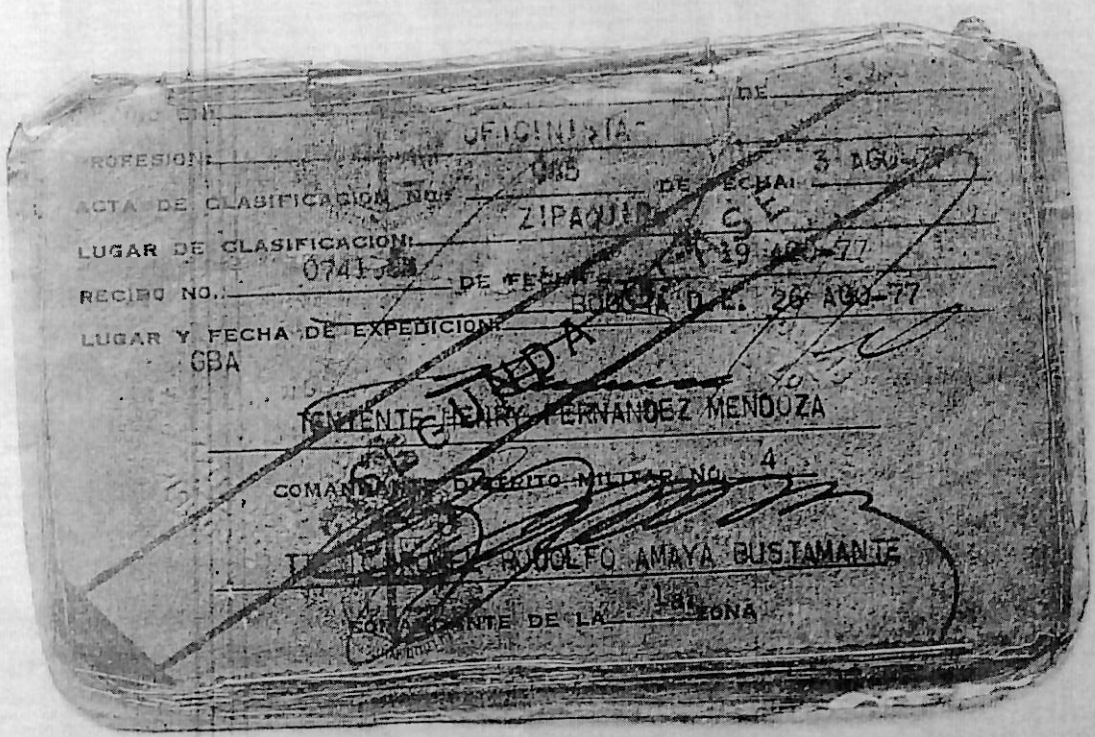
NOMBRES Y APELLIDOS

REGISTRADA EN LA RELACION No. 205 MES AGO AÑO 1.977

EN CASO DE LLAMAMIENTO DE RESERVAS PRESENTESE A LA DEPENDENCIA MILITAR MAS CERCANA A SU RESIDENCIA...

V

64 años



DE

PROFESION: OFICINISTA

ACTA DE CLASIFICACION NO: 1115 DE FECHA: 3 AGO-77

LUGAR DE CLASIFICACION: ZIPAQUIRA

RECIBO NO.: 0741 DE FECHA: 19 AGO-77

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION: BOGOTA D.E. 26 AGO-77

GBA

TENIENTE HENRY FERNANDEZ MENDOZA

COMANDANTE DISTRITO MILITAR NO. 4

TENIENTE CORONEL RUDOLFO AMAYA BUSTAMANTE

SUBCOMANDANTE DE LA ZONA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 210643874

WEB
09:31:32

Bogotá DC, 01 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) JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 19321670:

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 jueves 01 de diciembre de 2022, a las 09:35:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	19321670
Código de Verificación	19321670221201093526

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:36:49 AM horas del 01/12/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **19321670**
Apellidos y Nombres: **PEÑA SANCHEZ JOSE ALFREDO**

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

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

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

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

DIJIN

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

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, 01/12/2022 10:11:17 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **19321670**

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. **47640555** . 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 MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14866562806

(415)7707212489984(8020) 000001486656280 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 9 3 2 1 6 7 0	1	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 9 3 2 1 6 7 0	1 9 7 7 0 2 1 0

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
PEÑA	SANCHEZ	JOSE	ALFREDO

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 4 ESTE 30 C 11 IN 13 CON CASA LINDA 7 BRR SAN MATEO

42. Correo electrónico chupito58@hotmail.com

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

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 2 9 9	2 0 1 4 0 3 0 7							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros	Exportadores					
54. Código	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			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 - 09 - 22 / 11 : 36: 10

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 PEÑA SANCHEZ JOSE ALFREDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REGION DE SALUD SOACHA	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:	2022-12-01	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PEÑA	SANCHEZ	JOSE	ALFREDO

TIPO DE IDENTIFICACION					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP		19321670	BOGOTA D.C	10 DE ENERO DE1977
PASAPORTE		OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1958-01-15	CHIQUINQUIRA	COLOMBIA	COLOMBIA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	X DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)		3	3	3046796950

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 6A ESTE # 30A 11 CASA 13	SAN MATEO	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3046796950

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
chupito58@hotmail.com	N/A	PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PUENTES	SIERRA	LUZ	YADIRA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	51919126	BOGOTA D C	1986-12-30	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO	NACIONALIDAD:	COLOMBIA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL: CONDUCTOR DE AMBULANCIA			
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO				
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.....				

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI	NO X	8299	
		NO X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI NO X	NO X	ESE Región de Salud Soacha	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	SERVICIOS	SALUD X	# NIT	800006850-3

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13#9-27	(601) 730 92 30	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**		**FECHA VINCULACION**	ENERO 2023

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	$ 1.400.000	GASTOS FAMILIARES	$ 600.000	AHORROS	$ 150.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES	$ 280.000	TARJETAS DE CREDITO	$ 300.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	$ 1.500.000	OTROS PASIVOS*	$ 250.000
TOTAL INGRESOS	$ 1.400.000	TOTAL EGRESOS	$ 600.000	TOTAL ACTIVOS	$ 1.930.000	TOTAL PASIVOS	$ 550.000

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
BUITRAGO	NONE	LUZ	MERY
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CARRERA 6A # 30-11	SAN MATEO	AMIGA	3124868744

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	272107889	SOACHA	NO APLICA

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

CONDUCTOR DE AMBULANCIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
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 dias 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 dias 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

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rut.
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 articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 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 accederé 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) Envio de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo 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

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ identificado(a) con CC 19321670 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	21/09/2018
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 14 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.

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19321670,** se encuentra afiliado/a desde **05/06/1978** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de diciembre de 2022.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
PEÑA	SANCHEZ	JOSE ALFREDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 19321670 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 19321670 D.M. 1

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 15 MES 01 AÑO 1958

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 4 E 30 C 11 CASA 13 SAN MATEO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

TELÉFONO: 3046796 EMAIL: chupito58@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1978

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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL DE SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	06	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 N 12 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL DE SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	04	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONDUCTOR DE AMBULANCIA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 N 12 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7309230	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONDUCTOR DE AMBULANCIA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 13 10 60						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	11

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 1- 12 - 22

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 19321670 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: {"tipoVia":{"id":"338","sigla":"CARRERA","descripcion":"CARRERA"}," TELÉFONO: 3046796950

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NESTOR ERUBEY PEÑA PUENTES	1024491876	HIJO(A)
SONIA STEFANY PEÑA PUENTES	1024554169	HIJO(A)
JENNIFFER XIOMARA PEÑA PUENTES	1032404733	HIJO(A)

CLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN X** **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
HONORARIOS	$1.000.000
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$9.200.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$10.200.000

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
LUZ YADIRA PUENTES SIERRA	C.C. **X** C.E. T.I.	51919126

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

1 DE DICIEMBRE 2022 SOACHA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

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

Soacha 1 de diciembre del 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo **JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ** identificado(a) con cedula No. 19321670 de BOGOTA D.C , interesado(a) en la oferta deprestación de servicios de: CONDUCTOR DE AMBULANCIA, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

_____

C.C. 19321670

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

Soacha,1 de diciembre de 2022

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

Yo JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 19321670 de BOGOTA D.C por medio del presente documento mepermito 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.19321670 DE BOGOTA D.C

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

ARL COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Nº Documento: 19321670

Fecha de Nacimiento: 15 ENERO DE 1958

Dirección: CARRERA 6ª ESTE # 30ª 11 CASA 13

Teléfono. Fijo – Celular: 3046796950

E-mail: chupito58@hotmail.com

EPS: FAMISANAR

AFP: COLPENSIONES

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.

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800006850
Número Afiliación:	215221
Razón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	19321670
Nombre:	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ
Fecha Inicio contrato:	01/01/2023
Fecha Fin contrato:	30/06/2023
Fecha Inicio cobertura:	04/01/2023
Número contrato:	10242
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 1
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	04/01/2023 12:41:51 a.m.

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

Soacha 1 de diciembre del año 2022

Señores:

INSTITUTO MONSEÑOR MONTINI

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo **JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ**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 acuerdocon lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales,en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo,expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

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

BACHILLER

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma _____

N° Documento 19321670 _____

Tarjeta Profesional N°_____

Dirección de contacto CARRERA 6ª ESTE #30ª 11

Teléfono 3046796950

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

Yo, **JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ,** identificado (a) con cédula deciudadanía número 19321670 Expedida en BOGOTA D.C en mi condición decontratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección,almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgaciónde la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:**

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

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

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

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

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

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 1 DE DICIEMBRE DEL 2022



Firma y huella

Celular No: 3046796950

Correo institucional:
Chipito58@hotmail.com

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

19321670

Fecha nacimiento / Date of birth

15/01/1958

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3125888975

Correo electrónico / e-mail

notiene@notiene.com

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number		
Primera	Segunda	Segundo Refuerzo
Lote / Vaccine Batch		
ER9449	ER9449	PCA0056
Vacuna / Vaccine		
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM
Centro vacunador / Administering Center		
SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE SAN MARCOS	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE SAN MARCOS	GRANADA CENTRO DE SALUD
Fecha de aplicación / Date of Vaccination		
08/04/2021	30/04/2021	01/06/2022
País de vacunación / Country of Vaccination		
CO-Colombia	CO-Colombia	CO-Colombia
Sello digital / Digital Stamp		
En cola / In queue	En cola / In queue	En cola / In queue
Fecha de emisión del documento / Document issued		
28/12/2022	28/12/2022	28/12/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Inmunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

22

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	30 06 16	NOVIMDEZ	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	30 06 16	12276	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	30-06-16	UYM140	
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	22-12-15	Sanofi Instit. Carmeux		
Contra Influenza	7-04-16	Sanofi Pasteur	2016	Charm.
Otras				
HA	15-01-14	AHAVAC602CD		

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	José Alfredo																		
Apellidos:	Peña Sanchez																		
Documento de Identidad:	CC X TI PASAPORTE																		
No.	1932 1670																		
Fecha de Nacimiento:	Día: 1 5																		
	Mes: 0 1																		
	Año: 1 9 5 8																		

24

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

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

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



Fecha 06/05/2022 10:44:00 Empresa PARTICULAR

Nombre JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Cargo CONDUCTOR Doc. Identidad CC 13321670

EXAMENES PARACLINICOS

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 COOMORBILIDAD	3 OPTOMETRIA
4 AUDIOMETRIA	5	6
7	8	9

CONCEPTO MEDICO

Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	(X)	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	(X)	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	(X)	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	(X)	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	(X)	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	(X)	( )	( )	( )

EXAMEN PERIODICO

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EVENTO RELACIONADO

Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI ( ) NO (X) ARL SI ( ) NO (X) EPS SI ( ) NO (X)

OPTOMETRIA: USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DE CERCA
AUDIOMETRIA:REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, CONDUCIR CON LA VENTANA IZQUIERDA CERRADA, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO PROXIMO CONTROL EN UN AÑO.

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
C C 1032453036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC 1032453036 RM: RESOLUCION NO 11741

Trabajador: JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ
CC 13321670
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

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

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

RIESGO CARDIOVASCULAR: Bajo

1. Pausas activas 5 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Uso de bloqueador solar > 60
4. Limpiar el interior del vehículo antes y después de cada turno: volante, sillas, pisos, manijas, cinturones de seguridad incluyendo la banda y los anclajes, el área de instrumentos, freno de mano, palanca de cambios, manijas de las puertas y ventanas, barandas, torniquetes y todas las partes con la que se esté en contacto.
5. Priorice la ventilación natural antes del aire acondicionado
6. Lavado de manos antes de entrar al vehículo
7. Evite el uso de cojines, decoraciones y accesorios que puedan convertirse en foco de infección.
8. Conducir con la ventana izquierda cerrada, reposo sudativo

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

Mónica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD DEL TRABAJO
C.C. 1000583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1000583036 RM: RESOLUCION NO 11741

Trabajador: JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ
CC 1032167O
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Huella

Dirección: CL 12 A # 9 -914 Teléfono: 8822219
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2016@GMAIL.COM

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 9008:0758 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

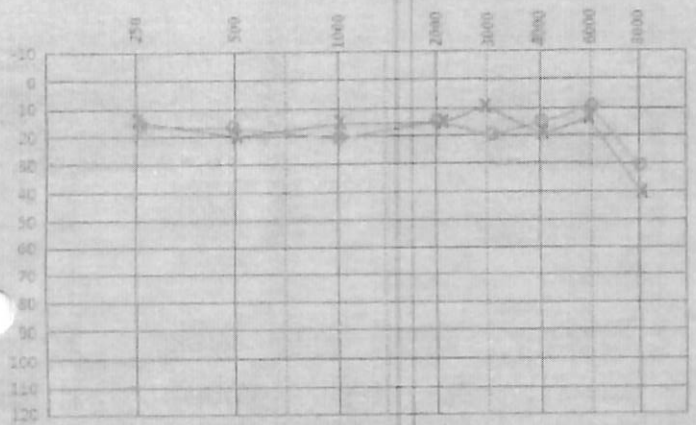
AUDIOMETRÍA

Nombre JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ — Doc. Identidad 13321670
Teléfono - — Edad 64 — Cargo CONDUCTOR — Antigüedad 25 AÑOS
Empresa PARTICULAR — Fecha 10/05/2022

Motivo de consulta
CONTROL

Otoscopia
-

Anamnesis
NINGUN ANTECEDENTE OTOLOGICO



Modalidad	OD	Inespecifico	OI
V.A	O		X
V.O	<	^	>
VAMASK	Δ		■
VOMASK	[		]
Campo Libre	ø	S	X
MCL	M	M	M
UCL	m	m	m
SF1	A_1	A_1	A_1
V.A SIN RTA	O		X
V.A S:N RTA MASK	+		□
V.O SIN RTA	<		>
V.O SIN RTA MASK	[		]

WEBER Audiométrico

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz
OD					OI

PROMEDIO TONOS PUROS OD ( ) OI ( )
TONOS AGUDOS OD ( ) OI ( )
NBN ( ) WN ( ) SN ( )

Diagnóstico Hipoacusia:
SAL.

ELI: OD OI
LARSEN MODIFICADO: OD OI

Nivel efectivo enmascaramiento

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI											
OD											
VO OI											
OD											

Valores de referencia

Normal	0 a 15 dB HL
Perdida auditiva minima	16 a 25 dB HL
Leve	26 a 40 dB HL
Moderada	41 a 55 dB HL
Moderada a Severa	56 a 70 dB HL
Severa	71 a 90 dB HL
Profunda	>91 dB HL

Interpretación
PACIENTE APTO

Diagnóstico audiológico
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL CON CAIDA BILATERAL LEVE EN 8 KHZ

Diagnósticos
Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Observaciones
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, CONDUCIR CON LA VENTANA IZQUIERDA CERRADA. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO PROXIMO CONTROL EN UN AÑO

PAULA ANDREA INFANTE URREGO
Especialidad FONOAUDIOLOGIA
CC 1013646217 RM

ACTA INDIVIUAL DE GRADO

INSTITUTO MONSEÑOR MONTINI

En la ciudad de Bogotá D.E. a los 30 días del mes de Noviembre del año 1978 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as), de último grado, los suscritos Rector y Secretaría en la Rectoría del INSTITUTO MONSEÑOR MONTINI. Institución aprobada con resolución No. 4702 del 25 de mayo de 1977 y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D.E., para otorgar el Titulo de Bachiller.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as), que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedio a otorgar el

TITULO DE BACHILLER

al graduando cuyos nombres, apellidos se relacionan a continuación

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 79-C de fecha de Noviembre 30 de 1978, que consta de 82 alumnos graduandos.

Firmada por

Alberto Reyes Gil **Rector y**
Blanca Lozano **Secretaria**

Firmada y Sellada

Rector

Alberto Reyes Gil

Secretaria

Blanca Lozano

25

República de Colombia

Alcaldía Mayor de Bogotá D. E.

El Instituto Monseñor Montini

Aprobado por Resolución No. 4702 del 25 de Mayo de 1977
emanada del Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que

José Alfredo Peña Sánchez

Terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes a la Educación Secundaria y fué aprobado en todas las pruebas reglamentarias le confiere el Título de

BACHILLER

El Rector, La Secretaria,

Bogotá, Noviembre 30 de 1978

Alcaldía Mayor de Bogotá D. E.

Rostado al Folio 79-C del Libro de Registro No. 82-1

El Secretario de Educación,

Dada en Bogotá, D.E., a 19 de Octubre de 1978

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCUE
NIT: 901069117-9
No. Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043795 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R. No. 03-2017

HACE CONSTAR QUE:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Identificado (a) con número de cedula No 19.321.670
Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

PRIMER RESPONDEDOR A SOBREBIVIENTES VICTIMAS POR QUEMADURAS DE AGENTES QUIMICOS

Basado en la resolución 2003 del 2014 y resolución 3100 del 2019 del Min. Protección social Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 24 horas, Realizado en Bogotá D.C 23 – 24 DE NOVIEMBRE 2022
ACTA No: 014500 Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0018

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. EL DIA 24 DE NOVIEMBRE 2022. VALIDEZ 2 AÑOS

Christian M. Quintero A.
INABTEC RESCUE
Director Nacional

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Michael E. Rico D.
COORDINADOR ACADEMICO

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC RESCATE
NIT. 901.069.117

RM: 075175711 INSTRUCTOR

RESCUE
PREVENCIÓN ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
LEALTAD CIVISMO Y FIRMEZA

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Realizó el curso de:

CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una Intensidad Horaria de 12 horas

SANDRA MILENA DUARTE CASTRO
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión diciembre 28, 2022

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

REPUBLICA DE COLOMBIA

AMBULANCIAS SERVICIOS TERRESTRES

900.553.984-1

CERTIFICA QUE:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

CC. 19.321670 DE CHINQUIRA (BOYACA)

ASISTIO Y APROBO EL CURSO DE MANEJO INTEGRAL DEL DUELO EL 27 DE DICIEMBRE DEL 2022
INTENCIDAD HORARIA DE 40 HORAS

Jhon P. Bautista
Médico Cirujano

JHON PETE BAUTISTA MARTINEZ

INSTRUCTOR

AMBULANCIAS
SERVICIOS TERRESTRES
NIT 900.553.984-1

LEIDY MARCELA RAMOS CARDENAS

GERENTE

37

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: mayo 5, 2022

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUNDINAMARCA
Gobernación de Cundinamarca

55

L

AJUDISP

NIT. 901364935-1

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos basicos de economia solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economia solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994, junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educacion para trabajo y el desarrollo humano.

CERTIFICA:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

QUE:

CC 19321670 DE BOGOTA DC ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

CONDUCTOR DE VEHICULOS DE EMERGENCIA - COVE

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT. 901.364.935-1
AJUDISP

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
CC 1.012.342.780
Asociación AJUDISP

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012342780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA, CUNDINAMARCA A LOS 03 DIAS DEL MES DE MAYO DEL 2022

56

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901364935-1

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economia solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economia solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994, junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano.

CERTIFICA:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

QUE:

CC 1932[illegible] DE BOGOTA DC

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

PRIMEROS AUXILIOS BASICO

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos NIT. 901 364 935-1 AJUDISP

Rafael Iván González Figueroa

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
CC 1013[illegible]90 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación AJUDISP
NIT 901364935-1

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA, CUNDINAMARCA A LOS 04 DIAS DEL MES DE MAYO DEL 2022

RUNT
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Personas

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

NOMBRE COMPLETO:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

DOCUMENTO:

C.C. 19321670

ESTADO DE LA PERSONA:

ACTIVA

ESTADO DEL CONDUCTOR:

ACTIVO

Número de inscripción:

100820525

FECHA DE INSCRIPCIÓN:

18/07/2013

Licencia(s) de conducción

Multas e infracciones

57.1

Información Certificados Médicos

Pagos Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV)

Certificados de aptitud en conducción

Información solicitudes

Información solicitudes de validación de identidad

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 19321670

NOMBRE

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

FECHA DE NACIMIENTO

15-01-1951

SANGRE RH

AB+

FECHA DE EXPEDICIÓN

22-01-2021

RESTRICCIONES LEA CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SRIA MPAL DE SOACHA

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BICITAXI, TRC.	22-01-2026	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BICITAXI, TRC.	22-01-2022	PUBLICO



IDEMA1100243T1-2019-12-30

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC01008734085

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

PAZ Y SALVO 59

Número	**19321670**
Fecha de expedición:	19/12/2022

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 19 de diciembre de 2022 a las 02:54 p. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

60

C.R.C

Medical Vial
Centro de Reconocimiento de Conductores

NIT 900527988-9

BOGOTÁ DC 12 DE DICIEMBRE DEL 2022.

SEÑORES:
HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS

ASUNTO:
VALORACIÓN PSICOMOTRIZ.
CERTIFICADO DE APTITUD PARA CONDUCIR.

Paciente masculino de **64** años de edad de nombre **JOSÉ ALFREDO PEÑA SÁNCHEZ** cuervo con cedula de ciudadanía **19321670**, ingresa por valoración psicomotriz consciente, alerta, orientado, sin dificultad en la marcha, en orientación psicomotriz sin alteraciones morfológicas, el motivo de la consulta es por valoración psicomotriz.
En la entrevista NO se evidencia dificultad para recibir y acatar instrucciones, no tuvo ningún impedimento en las pruebas, las cuales fueron aplicadas y son requeridas por el ministerio de transporte y la súper intendencia de puertos y transportes bajo, la RESOLUCIÓN 0217-2014 ANEXO N 10-12 MT. CANDIDATO ES **APTO PARA CONDUCIR SERVICIO PUBLICO.**

Se le aplican 2 pruebas **(psicomotriz y psicológica)** la cual arroja resultados favorables, se anexa resultados de la prueba.

PS. EDGAR JULIAN GUARNIZO BERMUDEZ
PSICÓLOGO UMB /UCC

Nombre: jose alfredo peña sanchez

Identificacion: cc 19321670

Prueba: Atencion concentrada y resistencia vigilante a la monotonía

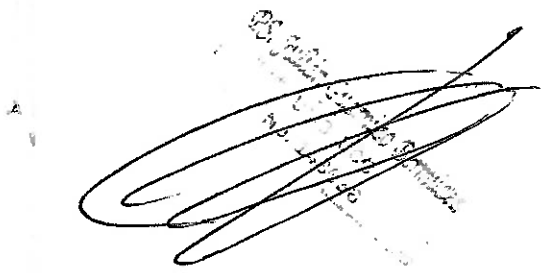
Totales:		Promedios:	
Aciertos:	12	Tiempo (ms):	753
Errores:	0	Tiempo Aciertos (ms):	753
Anticipos:	0		
Sin Rta.:	0		

Prueba: Reacciones múltiples

Totales:		Promedios:	
Aciertos:	16	Tiempo (ms):	966
Errores:	1	Tiempo Aciertos (ms):	1030
Anticipos:	0		
Sin Rta.:	1		

Prueba: Reacción al frenado

Totales:		Promedios:	
Detenciones:	3	Tiempo Parcial (ms):	348
Anticipos:	0	Tiempo Total (ms):	496
Sin Rta.:	0		



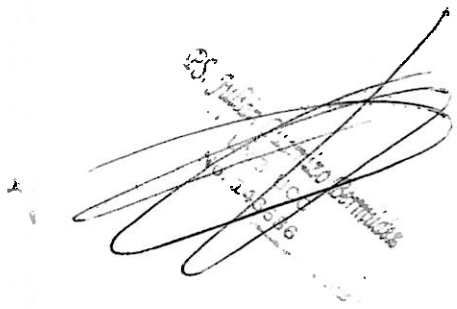
Prueba: Coordinación visomotríz bi-manual

Salidas:		Tiempos:		Porcentajes:	
Izquierda:	5	Izquierda (ms):	288	Izquierda:	2.88
Derecha:	0	Derecha (ms):	0	Derecha:	0.00
Conjunta:	5	Conjunta (ms):	288	Conjunta:	2.88
Total:	5	Total (ms):	288		

Prueba: Percepción de la velocidad

Resultados:

Aciertos:	6
Anticipos:	0
Sin respuesta:	0
Tiempo de desviación promedio:	900.50
Distancia promedio de la desviación:	17.90



Ir al inicio

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

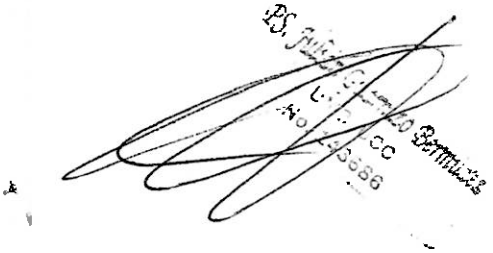
Datos del usuario			
Fecha.	Nombre.	Apellido.	Tipo de Doc.
12-12-2022	JOSE ALFREDO	PEÑA SANCHEZ	C
Edad.	Genero.	Cat.Licencia.	Num. Doc.
64	Masculino	C2	19321670

Detalles del custionario		
bloque	resultados	Num. preguntas
Transtorno amnesico y otros transtornos congnoscitivos	3	3
Control de impulsos	3	3
Transtono de personalidad	3	3
Abuso de alcohol	3	3
Dependencia del alcohol	3	3
esquizofrenia	3	3
Trastornos inducidos por alcohol	3	3
Consumo habitual de drogas y medicamentos	3	3
12. informaciòn	3	3
Trastorno por comportamiento pertirbador disociativo	3	3
15. comprension	3	3
16. aritmetica	3	3
17. trastorno del sueño	3	3
semejanzas	3	3
20. trastorno mental debido a enfermedades medicas	3	3
vocabulario	3	3
Transtornos de estado de animo	3	3

Area	resultados	Total preguntas	Calificacion
personalidad	27	27	aprobado
sustancias	21	21	aprobado
inteligencia	15	15	CI 96 apto

observacion

Candidato cumple según los parametros de la resolucion 0217-2014 del ministerios de trasnporte.



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

O.C.002-2018

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

CERTIFICA

Que el técnico, JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.321.670, ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

CONTRATO No.	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR	ADICION EN VALOR	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
264	01/04/2014	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA EN LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2.252.000,00		2.252.000,00	01/04/2013 HASTA 31/05/2014
614	01/06/2014	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA EN LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2.000.000,00		2.000.000,00	01/06/2014 HASTA 30/06/2014
390	01/05/2015	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	5.616.000,00	1.872.000,00	7.488.000,00	01/05/2015 HASTA 31/08/2015
922	16/08/2016	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2.580.000,00		2.580.000,00	16/08/2016 HASTA 30/09/2016
391	01/01/2017	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	1.602.432,00		1.602.432,00	01/01/2017 HASTA 31/01/2017
1064	01/12/2017	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA EN LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA.	1.400.000,00		1.400.000,00	01/12/2017 HASTA 31/12/2017
LOS CONTRATOS AQUI DESCRITOS FUERON EJECUTADOS O SE ESTAN EJECUTANDO, CON TOTAL AUTONOMIA E INDEPENDENCIA POR EL CONTRATISTA							

Se expide a solicitud del interesado, en Soacha a los Quince (15) dias del mes de Enero de 2018.

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

Proyecto: Leticia Vanegas Garcia

73

COOTRAESCUN

Bogotá D.C., Junio 10 de 2009

A QUIEN INTERESE

Que el Señor **JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ,** identificado con **C.C. 19.321.670 de Bogotá** trabaja para la cooperativa de trabajo asociado especializado **COOTRAESCUN CTA** cuyo **NIT** es **900049997-4** en el cargo de Conductor de Ambulancia como lugar asignado la **ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS** en Soacha con una compensación mensual de SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE.

($ 780.000.oo) Setecientos catorce mil pesos m/c

La presente certificación se expide a solicitud de la interesado a los 10 días del mes de Junio de 2009.

Cordialmente,

COOTRAESCUN CTA
NIT 900049997-4

RICARDO SANDOVAL RIVERA
Coordinador de Procesos
Soacha

Calle 32 No. 18 – 57
Teléfonos: 7114596 – 2852846
Telefax: 32852846

732

grupo laboral

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO GRUPO LABORAL SALUD IPS

NIT 830.140.063-5

LA COORDINADORA NACIONAL DE PROYECTOS DE GRUPO LABORAL SALUD C.T.A NIT 830 140 063-5 CERTIFICA

Que, PEÑA SANCHEZ JOSE ALFREDO identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 19321670, estuvo asociado (a) a esta cooperativa desde el 21 de Junio de 2010 hasta el 26 de Octubre de 2011 realizando la actividad de CONDUCTOR AMBULANCIA en la unidad de negocios **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA**

Se expide en Bogotá D.C. a la solicitud del interesado, el día **26 DE OCTUBRE DE 2011**

Atentamente;

grupo laboral C.T.A NIT 830.140.063-5

AURA MARIA GOMEZ SUAREZ
Coordinadora Nacional Proyectos

Carrera 61 No.100-56 Telefax: 617 6087 PBX: 271 1007
E-mail: grupo.laboral@hotmail.com
Bogotá, D.C.

233

Siprosalud
Sistemas productivos en salud S.A.S.

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el señor **PEÑA SANCHEZ JOSE ALFREDO** Identificado con Cédula de Ciudadanía **No 19321670** fue trabajador de **SISTEMAS PRODUCTIVOS EN SALUD SIPROSALUD SAS** desde el día 27 de OCTUBRE del año 2011 a través de contrato laboral a término fijo hasta el día 22 de febrero del año 2012, desempeñando en el cargo de **CONDUCTOR AMBULANCIA** para la unidad de negocio **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS, con un salario básico mensual de QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS PESOS M/C ($566700)** mas una ayuda no salarial de **CIENTO SESENTA MIL PESOSM/C ($160000).**

Se expide a solicitud del interesado a los (22) días del mes de Marzo del año 2012.

Cordialmente,

Siprosalud

Andres Villamor Mora
Director Sipro Salud SAS
2568799 Ext 101

il Idioma y hora Certificaciones No disponible Noticias Documentos Incumplimientos



JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

COLOMBIANA Soltero

0 Recomendación(es)

Numero de documento 1[illegible]

Indicadores de negocio

Calificación

Recomendaciones 0

Visitas al perfil 0

Ultimas ofertas enviadas Sin [illegible]
Ultima selección Sin datos
Ultima vez [illegible]

r perfil | Existencia y Representación | RUP

oponentes plurales a los que pertenece

nificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

bre de la Entidad: JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ
bre abreviado: JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ
de documento: Cedula de Ciudadania
ero de documento: 1[illegible]
Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

presentante Legal/Persona Natural/Veeduria Ciudadana (Información obligatoria)

bre y apellido: JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ
ificación: 1[illegible]
onalidad: COLOMBIANA
icilio: CARRERA 6 A ESTE # 30 A - 1[illegible]
documento: Cedula de Ciudadania
ero: [illegible]

Ultimas noticias

No hay noticias