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: ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

CARGO: MEDICO GENERAL

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

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

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

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (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.

REFERENTE TALENTO HUMANO
QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA

Soacha, 05 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: ALEX HUMERTO PALACIOS GONZALEZ

Cargo: MEDICO URGENCIAS

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 ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ
CC: 16378443
Dirección: KR 36 # 17 - 284

Email: alexgp378@hotmail.com

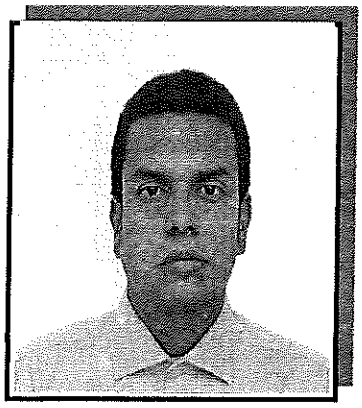
Teléfono/ Celular: 3164424653

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ

Cra 36 N 17-284 ciudad verde Soacha Cundinamarca

HOJA DE VIDA

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ



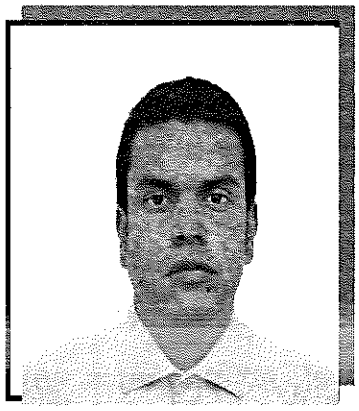
No. Identificación: 16.378.443 De Cali (valle) - Colombia

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ

Cra 36 N 17-284 ciudad verde Soacha Cundinamarca

Celular personal: 3164424653

Domicilio: ***Cra 36 N17- 284 Ciudad verde Soacha***



PERFIL PROFESIONAL.....

Medico con formación en todos los niveles de atención hospitalaria, servicios de urgencias y consulta externa. Con desarrollo en actividades tendientes a la promoción en salud y prevención de enfermedades, medicina comunitaria y familiar. Buena capacidad de liderazgo, trabajo en equipo y adaptación al cambio, con excelentes relaciones interpersonales que le permiten un desempeño adecuado en cualquier tipo de empresa dentro del sector salud.

PERFIL OCUPACIONAL....

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ

Cra 36 N 17-284 ciudad verde Soacha Cundinamarca

El objeto de mi trabajo es el proceso vital humano, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnostico, curación y rehabilitación. Estas definen y orientan mi abordaje del proceso de salud-enfermedad que comprende el entorno social en que se desenvuelve el hombre y la posibilidad de estar sano, enfermo o morir y que la comunidad es coparticipe de ese mismo proceso de salud.

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ

Cra 36 N 17-284 ciudad verde Soacha Cundinamarca

DATOS PERSONALES

Nombres: ALEX HUMBERTO
Apellidos: PALACIOS GONZALEZ
Edad: 38 años
Celular personal: 3164424653
Fecha de Nacimiento: 01 de SEPTIEMBRE 1984
Lugar de Nacimiento: Cali - Valle del cauca
Documento de identidad: **16.378.443** de Cali
Libreta Militar: N° 16378443 Dist N° 16

Dirección: *Cra 36 17 N 284 CUIDAD VERDE Soacha*
Teléfono fijo: **(091)** 9034845
Estado Civil: Soltero
Profesión: Medico General egresado Fundación Universitaria San Martin
E-mail: alexgp378@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

NOMBRE DE MI MADRE: MIRYAM GONZALEZ LUJAN
GRUPO SANGUINEO: B+ (B POSITIVO)

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ

Cra 36 N 17-284 ciudad verde Soacha Cundinamarca

CELULAR: 3183742316

NOMBRE DE MI PADRE: HUMBERTO PALACIOS TERAN

GRUPO SANGUINEO: O+ (O POSITIVO)

FORMACION ACADEMICA

PRIMARIOS

COLEGIO LA FLORALIA

Aprobado hasta 5 (quinto) grado; Básica primaria, Cali Valle del Cauca

SECUNDARIOS

INSTITUTO TECNICO INDUSTRIAL SEÑOR DE LOS MILAGROS

Aprobado hasta 11(once) grado; Bachiller Técnico académico, Cali (valle del cauca).

UNIVERSITARIOS

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

PREGRADO DE MEDICINA

Cali (Valle del Cauca)

FORMACION ACADEMICA - SEMINARIOS

VI Congreso Taller Nacional II Jornada Internacional de Atención Pre hospitalaria Rescate y Medicina de Desastre.
Fundación Salamandra y Hospital Universitario de Valle.

VII Congreso Taller Nacional III Jornada Internacional de Atención Pre hospitalaria Rescate y Medicina de Desastre.
Fundación Salamandra y Hospital Universitario de Valle.

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ

Cra 36 N 17-284 ciudad verde Soacha Cundinamarca

Simposio de Cardiología y mujer Fundación Clínica Valle Del Lili Santiago de Cali.

Congreso Nacional de Cirugía Hospital universitario del valle UNIVALLE 2010

Soporte Básico de Vida (BLS) Fundación Salamandra
Cali 2008.

Preguntas diarias en el servicio de urgencias.
Fundación Salamandra
Cali 2009

Trauma abordaje inicial en los servicios de urgencias
Fundación Salamandra
Cali 2010

Quemados y taller de heridas y tejidos blandos
Fundación Salamandra
Cali 2010

Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal
Fundación Salamandra
Cali 2011

10 Preguntas frecuentes en el servicio de urgencias pediátricas
Sociedad colombiana de pediatría y perinatología
Cali 2011

Soporte Vital Basico y Avanzado (BLS – ACLS)
PLA Export Editores s.a
Certificación AHA.
Noviembre 2017

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ

Cra 36 N 17-284 ciudad verde Soacha Cundinamarca

EXPERIENCIA LABORAL

INTERNADO ROTATORIO
ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA
Chiquinquirá (Boyacá)
01 de Junio de 2011 a 31 de mayo de 2012

SERVICIO SOCIAL OBLIBATORIO:
HOSPITAL JORGE CAMILO ABRIL
(Hospital de Paz de Ariporo Casanare)
MEDICO RURAL 2012-2013

Hospital del municipio de Pore
Pore - Casanare
Médico rural

HOSPITAL REGIONAL DE YOPAL
Yopal - Casanare
Médico general servicio de urgencias y hospitalización

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ

Cra 36 N 17-284 ciudad verde Soacha Cundinamarca

HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO CENTRO
III-IV NIVEL DE ATENCION
Soacha Cundinamarca
Médico general urgencias

FUNDASALUD – NUEVA EPS
Soacha Cundinamarca
Médico general – consulta externa

ESE MUNICIPAL SOACHA
Soacha – Colombia
Medico consulta externa

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
Soacha – Colombia
Médico del servicio de urgencias - traslado ambulancia
– Ayudante quirúrgico.

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ

Cra 36 N 17-284 ciudad verde Soacha Cundinamarca

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre: FABIO ANDRES AMADOR CONTRERAS

Teléfono Celular: 3212142197

Ocupación: URGENCIOLOGO

Ciudad: Bogotá - Cundinamarca

Nombre: WILLIAM ANDRE GIRALDO TORO

Teléfono Celular: 3002882834

Ocupación: MEDICO GENERAL

Ciudad CALI- VALLE

Nombre: JESUS ALBERTO MARTINEZ

Teléfono Celular: 3164417143

Ocupación: NEUROLOGIA

Ciudad: Bogotá - Cundinamarca

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre: SANDRA MILENA PALACIOS GONZALEZ

Teléfono Celular: 3203874295

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ

Cra 36 N 17-284 ciudad verde Soacha Cundinamarca

Ocupación: ABOGADA ESPECIALITA EN FAMILIA
Ciudad: CALI (VALLE DEL CAICA) - **COLOMBIA**

Nombre: LILIANA GUERRERO TERAN
Teléfono Celular: 3176471518
Ocupación: ADMINITRADORA DE EMPRESA
Ciudad: PASTO (NARIÑO) – **COLOMBIA**

Nombre: AMANDA GUERRERO TERAN
Teléfono Celular: 3116428314
Ocupación: ABOGADA DERECHO ADMINISTRATIVO
Ciudad: IPIALES – **COLOMBIA**

FORTALEZAS

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ

Cra 36 N 17-284 ciudad verde Soacha Cundinamarca

- Capacidad de trabajo en Equipo
- Resolución de Problemas
- Competencias Comunicativas
- Colaboración
- Relaciones Interpersonales
- Manejo del Tiempo
- Manejo del Stress
- Responsabilidad, Iniciativa y Creatividad
- Discreción y Manejo de la Información
- Capacidad para delegar
- Organización de Eventos

DEBILIDADES

- Perfeccionismo

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZÁLEZ

Cra 36 N 17-284 ciudad verde Soacha Cundinamarca

Alex H. Palacios G

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

C.C. No. 16.378.443 DE CALI VALLE

"GRACIAS POR SU ATENCIÓN PRESTADA, EN ESPERAS DE UNA PRONTA Y POSITIVA RESPUESTA".

Para todos los efectos legales, certifico que toda la información anotada por mí en la presente hoja de vida, es veraz. (Código Sustantivo del Trabajo, artículo 62 numeral 1), Régimen Laboral Colombiano Código 1057.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 16.378.443
PALACIOS GONZALEZ
APELLIDOS
ALEX HUMBERTO
NOMBRES
Alex H. Palacios G
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1984
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
17-FEB-2003 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-3100100-01020199-M-0016378443-20160705 0001827590A 1 0904828047



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

16378443

PALACIOS GONZALEZ

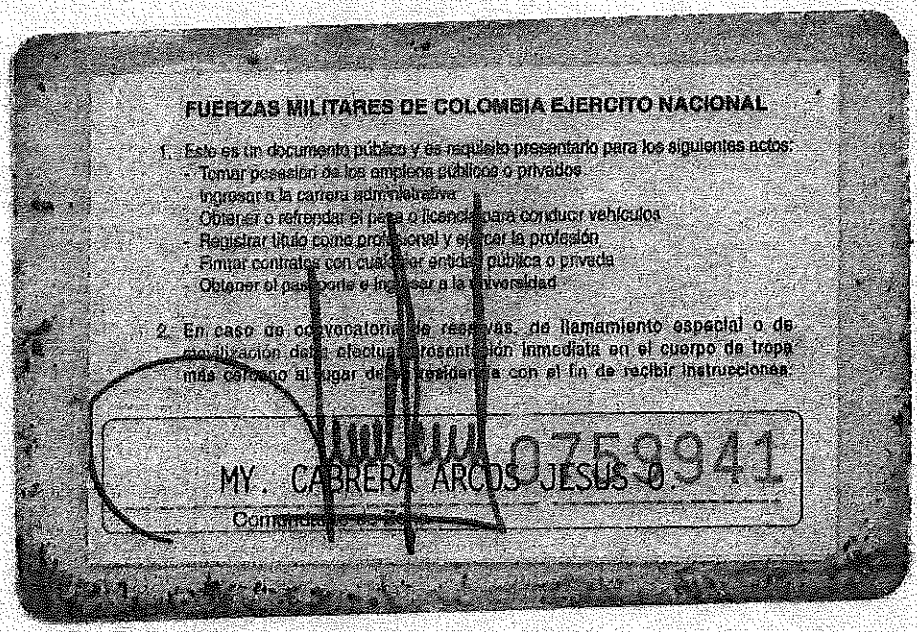
ALEX HUMBERTO

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA 2A. LINEA 3A. LINEA

31 - DIC 31 - DIC 31 - DIC

PROFESION: BACHILLER



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

MY. CABRERA ARCOS JESUS 0759941

Comandante de la Zona

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 210916157

WEB
20:04:17

Bogotá DC, 05 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) ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 16378443:

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 05 de diciembre de 2022, a las 20:02:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	16378443
Código de Verificación	16378443221205200251

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 08:01:13 PM horas del 05/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **16378443**

Apellidos y Nombres: **PALACIOS GONZALEZ ALEX HUMBERTO**

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

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, 05/12/2022 10:16:54 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **16378443 .**

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. **47965301** . 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

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C1637844300101371

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ**, identificado(a) con C.C. No. 16378443 y T.P. o R.M. No. 85 935/2013 del(a) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 05 diciembre 2022 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA PRESIDENTE

JOSE SINAY AREVALO LEAL
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14804562583

(415)7707212489984(8020) 000001480456258 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 6 3 7 8 4 4 3	0	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 6 3 7 8 4 4 3	2 0 0 3 0 2 1 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PALACIOS	GONZALEZ	ALEX	HUMBERTO

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 2 31 48 CA 47 CONJ CUMBRES 2 BRR SAN MATEO

42. Correo electrónico: alexgp378@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 4 0 1 1 5	0 0 1 0	2 0 1 7 0 1 0 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2022 - 01 - 05 / 18 : 34: 13

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 PALACIOS GONZALEZ ALEX HUMBERTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 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:	2022-12-05	CIUDAD:	SOACHA	Codigo	754

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
PALACIOS	GONZALEZ	ALEX	HUMBERTO

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	16378443	CALI	2003-02-17
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
01/19/1984	CALI	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)			3164424653

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 36 # 17 - 284	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	3164424653

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
alexgp378@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADO X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI N	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	MEDICO GENERAL
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE X	EMPLEADO SOCIO		OTRA.....		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI X	IVA	SI	NO X		8621	
	NO	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					# NIT	
	GOBIERNO		SERVICIO	SALUD X		800006850-3

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETIC FINANCIE TRANSPO TECNOL A ALIME S MEDICAMI OS

OTRA CUAL:

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Calle 13 No. 10 - 85	730 92 30	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO GENERAL	FECHA VINCULACION	2013-01-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 5.728.860	GASTOS FAMILIARES	$ 1.000.000	AHORROS	$ 5.000.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 800.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 3.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 530.000	VEHICULOS	$ 40.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 30.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 640.000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	$ 1.400.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 152.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 200.000
TOTAL INGRESOS	**$ 5.728.860**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 3.122.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 45.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 34.600.000**

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
AMADOR	CONTRERAS	FABIO	ANDRES
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Tv. 85b	BOGOTA DC/COLOMBIA	AMIGO	

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	CTA AHORROS	525-384553-26	SOACHA	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ☐ [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

MEDICO GENERAL

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades 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 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN 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 Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) 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.
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

12

EPS Sanitas

Nuestro corazón es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 16378443
NOMBRES Y APELLIDOS	Palacios Gonzalez,Alex Humberto
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Palacios Gonzalez,Alex Humberto, a los 05 días del mes de diciembre del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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 **ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **16378443,** se encuentra afiliado/a desde **26/06/2012** 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 05 de diciembre de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Libertad y Orden

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
PALACIOS	GONZALEZ	ALEX HUMBERTO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 16378443 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 16378443 D.M. 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 01 MES 09 AÑO 1984

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO: CALI

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 36 - 17 284

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

TELÉFONO: 9034845 EMAIL: alexgp378@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	06	AÑO	2001

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	12	X			06	2012	85 935/20132
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	2012	85935/2013

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO 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	15	Mes	03	Año 2016	Día	30	Mes	11	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: URGENCIAS					DIRECCIÓN: CALLE 13 10 85					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 5753832	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	15	Mes	10	Año 2015	Día	31	Mes	08	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: URGENCIAS					DIRECCIÓN: CARRERA 4 E 31 88					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE YOPAL			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: CASANARE	MUNICIPIO: YOPAL					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6344650	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	22	Mes	09	Año 2014	Día	30	Mes	06	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: URGENCIAS					DIRECCIÓN: CALLE 9 24 37					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	4

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 05/12/2022

Natalios G

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 16378443 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 36 - 17 284 TELÉFONO: 3164424653 9034845

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MIRYAM GONZALEZ LUJAN	31396660	MADRE
SANDRA MILENA PALACIOS GONZALEZ	38562879	HERMANO(A)
HUMBERTO RAMIRO PALACIOS GONZALEZ	5312262	PADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$35.000.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$35.000.000

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

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

Alacios G

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha 05/12/2022

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

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

Soacha, 05 DE DICIEMBRE de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ, identificado(a) con cedula No. 16378443 de CALI, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: MEDICO URGENCIAS, 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,

Palacios G

C.C. 16378443

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

Soacha, 05 de Diciembre de 2022

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

Yo Alex Humberto Palacios Gonzalez, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 16378443 de Cali, 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,

Palacios G

C.C. No. 16378443 de CALI

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

ARL AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

Nº Documento: 16378443

Fecha de Nacimiento: 1 / 0 9 / 1 9 8 4

Dirección: KR 36 # 17- 284

Teléfono. Fijo – Celular: 3164424653

E-mail: alexgp378@hotmail.com

EPS: Sanitas

AFP: Colpensiones

Firma Contratista: Palacios G

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

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

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:	16378443
Nombre:	ALEX HUMBERTO PALACIO GONZALES
Fecha Inicio contrato:	01/01/2023
Fecha Fin contrato:	30/06/2023
Fecha Inicio cobertura:	04/01/2023
Número contrato:	10261
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 1
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	04/01/2023 01:56:44 a.m.

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

Soacha 05 DE DICIEMBRE DE 2022

Señores: Universidad

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Alex Humberto Palacios Gonzalez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del 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:

MEDICO GENERAL
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Palacios G

Firma

N° Documento 16378443

Tarjeta Profesional N° 85 935/2013

Dirección de contacto KR 36 # 17-284

Teléfono 3164424653

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

Yo, ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ, identificado (a) con cédula deciudadanía número 16378443, expedida en CALI, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

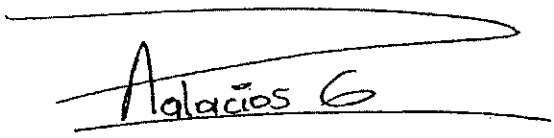
Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas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

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

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

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 05 de diciembre de 2022





Firma y huella

3164424653

Celular No.

Alexgp378@hotmail.com

Correo institucional

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101040788	5

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ			CC	16.378.443
DIRECCION	CARRERA 2 NO 31-48 CASA 47	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3188379943
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
18 / 07 / 2022	01 / 08 / 2022	01 / 08 / 2023	01 / 08 / 2022	01 / 08 / 2023

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 900,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	$ 900,000,000.00		

DEDUCIBLES: * 400,000,000.00 $ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******900,000,000.00	PRIMA:	$ **********247,716.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********47,066.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********294,782.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 31.03.2022.1329.P. 06.0000000E.RC.001A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11021102384678(3900)000000294782(96)20230801

REFERENCIA PAGO: 1102110238467-8

62-03-101040788

FIRMA AUTORIZADA

Alex H. Palacios G

TOMADOR

CLIENTE

DLG72960B

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101040788	5

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ			CC	16.378.443
DIRECCION	CARRERA 2 NO 31-48 CASA 47	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3188379943
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR/ASEGURADO: SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION/ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

No. DE IDENTIFICACION:860.020.082/16378443

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: DE LAS 24 HORAS DEL 01/08/2022 A LAS 24 HORAS DEL 01/08/2023

SINIESTRALIDAD:NO

BASE DE COBERTURA:
CLAIMS MADE - hechos ocurridos durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (desde el inicio de afiliacion del correspondiente afiliado activo solidario a S.C.A.R.E), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza o dentro del periodo de retroactividad (si es contratado) Siempre que el asegurado haya tenido poliza bajo esta misma modalidad durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado. En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

CONDICIONADO GENERAL:
Forma 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-001A-DOOI, En adicion a lo indicado en las condiciones generales de la poliza, la cobertura otorgada se rige por lo contenido en estas condiciones particulares.

LIMITE ASEGURADO, DEDUCIBLE Y PRIMA:

VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA: $ 900.000.000

PRIMA ANTES DE IVA: $ 247.716
GRUPO 1
PRIMERA CONDENA:
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: $ 500.000.000
DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 400 SMMLV: $ 400.000.000
SEGUNDA CONDENA EN ADELANTE:
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: $ 219.450.750

DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 200 SMMLV: $ 175.560.600

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA:MEDICINA GENERAL

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: HASTA 100%

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizar hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o a terceros siempre que los hechos hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (si es contratado), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza. (Siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

A consecuencia de actos erroneos, negligencia o impericia, accion u omision, cometidos de manera involuntaria por el profesional y/o auxiliar de la salud asegurado en el ejercicio de la actividad de la salud descrita en la poliza y por los cuales sea civilmente responsable.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducir en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

Certificado Digital de Vacunación contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

Tipo de identificación / ID Type	**Número de identificación / ID Number**
CC	16378443
Fecha nacimiento / Date of birth	**País nacimiento / Country of birth**
01/09/1984	CO-COLOMBIA
Número de contacto (celular) / Phone number	**Correo electrónico / e-mail**
3164424653	alexgp378@hotmail.com

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number	Primera	Segunda	Refuerzo
Lote / Vaccine Batch	A2021010044	L202103005	B202107096
Vacuna / Vaccine	SINOVAC LIFE SCIENCES	SINOVAC LIFE SCIENCES	SINOVAC LIFE SCIENCES
Centro vacunador / Administering Center	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	SOACHA ASISTIR SALUD LTDA
Fecha de aplicación / Date of Vaccination	01/03/2021	05/04/2021	29/11/2021
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	26/12/2022	26/12/2022	26/12/2022

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

NOMBRE: Alex Valverde

Vaccine	1 Dosis	2 Dosis	3 Dosis	Ref.	Ref.	Lote
Hepatitis B	Jun 25/09					
Hepatitis A						
Tetanol						
Influenza						
Varicela						
Neumo-23						
M.M.R.						
Polio						
Mening-BC						
F.Amarilla						
F.Tifoidea						
Hexavalente						
Pentavalente						
Twinrix						
Neumococo Prevenar						
Rota Virus						

Alex

GRUPO DE ENFERMERAS
VACUNACION
MARIA CONNIE RODRIGUEZ
CED. [illegible]

Maria Connie Rodriguez Noel

ESQUEMA DE VACUNACION ADULTOS

No. 00911

VACUNA	1A DOSIS	2A DOSIS	3A DOSIS	REF	REF
HEPATITIS B	Jul 5/05	Ago. 23/05	[illegible]	Feb 6/06	
TETANO	Jul 5/05	Ago. 23/05	[illegible]	[illegible]	
dt ADULTO					
INFLUENZA	13-Oct-11		LEPTOSPIRA		
TWINRIX Hepatitis A + Hepatitis B				DIVALENTE	SARAMPION
MENINGITIS Meningococcus BC	Jul 5/05	[illegible]	FIEBRE AMARILLA		
HEPATITIS A	[illegible]	[illegible]	Rubeola, Paperas, Sarampion, M.M.R.		
VARICELA			ACELULAR Difteria, Tetanos, Pertusis		
NEUMOCOCO Neumo 23			FIEBRE TIFOIDEA		

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Alex Ronaldo

Apellidos: Palacios Gonzalez

Documento de identidad: CC X No. 1032843

Fecha de nacimiento: D/M/A 01 09 1989

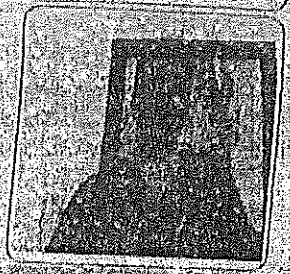
Escaneado con CamScanner

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S
Nit. 900810708 - 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 ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha 20/11/2020 10:17:00 Empresa PARTICULAR 001

Nombre ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

Cargo MEDICO Doc. Identidad CC 16378443

EXAMENES PARACLINICOS

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

EXAMEN DE INGRESO

Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Apto	( )	( )	( )	( )
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	( )	( )

EXAMEN DE EGRESO

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

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

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

OPTOMETRIA: Control anual
Riesgo cardiovascular: Bajo
- Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD DEL TRABAJO
C.C. 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: ALEX HUMBERTO PALACIOS
CC 16378443
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

TENIENDO EN CUENTA QUE

Alex Humberto Palacios González

IDENTIFICADO(A) CON LA C.C. No. 16378443

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS,
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

Facultad de Medicina

LE OTORGA,
EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,
EL TITULO DE

Médico General

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y REFRENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACION
EN BOGOTA, D.C., A LOS quince (15) DIAS DEL MES DE junio DE dos mil doce (2012)

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

DIPLOMA Nº 28007

Correo: Alex palacios Gonzalez - Outlook
11/12/2018

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA
Sede Santiago de Cali
CÓDIGO SNIES 11699
REGISTRO CALIFICADO Resolución M.E.N. No. 7353 del 22 de Noviembre de 2006

ACTA DE GRADO N° 1607

En la ciudad de Santiago de Cali, el día quince (15) del mes de Junio del año dos mil doce (2.012), se llevó a cabo el Acto de Graduación de la Facultad de Medicina; en el cual la Fundación Universitaria San Martín, Institución de Educación Superior debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución N° 12387 de 1981, y con la debida autorización del Consejo Académico de la Facultad, según consta en el acta de graduación No. 078 del día 24 de Mayo del año 2.012 y previo el cumplimiento de los requisitos académicos, legales y reglamentarios, le confiere el título de

MÉDICO GENERAL

A:

Alex Humberto Palacios González

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía N° 16378443

En cumplimiento de las normas reglamentarias se autoriza la entrega del Diploma N° 28007 con Número de Registro 20812 anotado al Folio 140 del Libro 05 de fecha quince (15) de Junio del año dos mil doce (2.012), información que reposa en la Secretaría General de la Fundación.

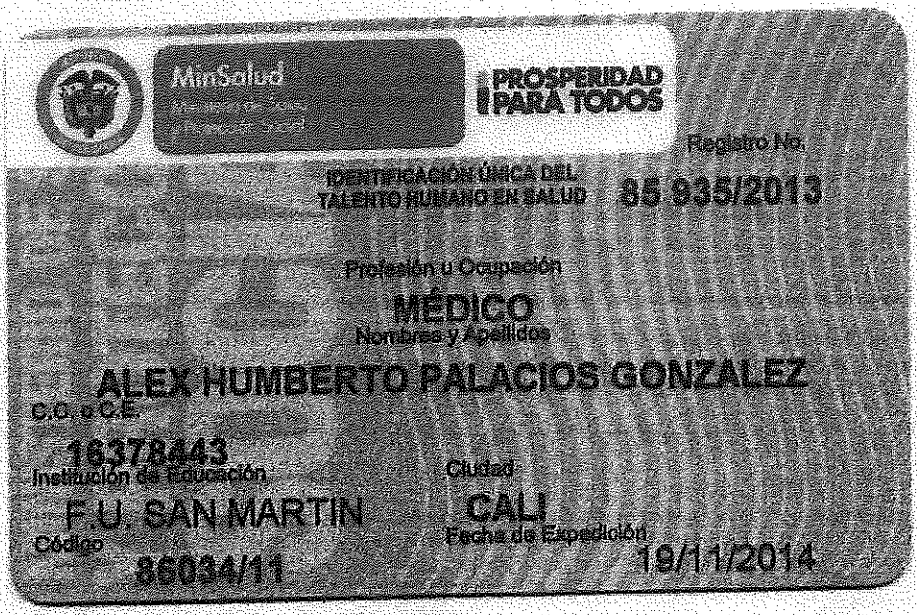
En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de Junio del año dos mil doce (2.012).

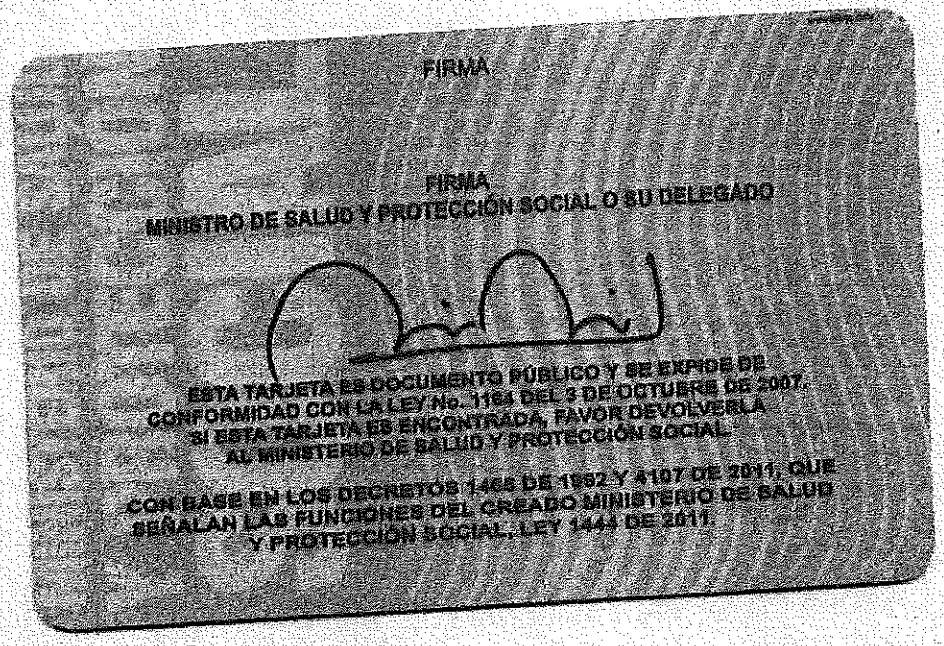
JAIME VILLAMIZAR LAMUS (Fdo.)
RECTOR

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN (Fdo.)
SECRETARIO GENERAL

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente. Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de Junio del año dos mil doce (2.012).

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN
SECRETARIO GENERAL


MinSalud
PROSPERIDAD PARA TODOS
Registro No.
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
85 935/2013
Profesión u Ocupación
MÉDICO
Nombres y Apellidos
ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ
C.C. o C.E.
16378443
Institución de Educación
F.U. SAN MARTIN
Ciudad
CALI
Código
86034/11
Fecha de Expedición
19/11/2014


FIRMA
FIRMA
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO
ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PÚBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
CON BASE EN LOS DECRETOS 1465 DE 1992 Y 4107 DE 2011, QUE SEÑALAN LAS FUNCIONES DEL CREADO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.

Gobernación de
CUNDINAMARCA

f Cundinamarca Gob t CundinamarcaGob

RESOLUCIÓN No. 25-4758

25 DE SEPTIEMBRE DE 2014

"Por la cual se inscribe un titulo en el area de la salud".

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de la facultad concedida por los Decretos 3134 de diciembre 20 de 1956, Decreto 1875 de agosto 03 de 1994 modificado por Decreto 1352 de 2000, emanados del Ministerio de Salud y Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaria Departamental de Salud y

CONSIDERANDO:

Que ***ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ***, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ***16378443 expedida en CALI-VALLE***, ha solicitado inscripción para ejercer como ***MEDICO GENERAL*** en el Departamento de Cundinamarca, de acuerdo a **título** que le otorgó ***LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN EN BOGOTA DC*** según ***ACTA DE GRADO No. 1607 DE FECHA 15 DE JUNIO DE 2012.***

Que dicho **título** se encuentra debidamente registrado en ***LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN EN BOGOTA DC,*** obrando ***EN EL DIPLOMA No. 28007 FOLIO 140 LIBRO 05 REGISTRO 20812 DE FECHA 15 DE JUNIO DE 2012***

Que ***ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ***, se encuentra autorizado(a) para ejercer la profesión como ***MEDICO GENERAL*** en el Territorio Nacional, mediante Resolución **No.** ***85-0935 DE FECHA 15 DE AGOSTO DE 2013, EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE.***

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Inscribase a ***ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ***, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ***16378443*** **expedida en** ***CALI-VALLE***, para ejercer la profesión como ***MEDICO GENERAL*** en el Departamento de Cundinamarca.

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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a ***25 DE SEPTIEMBRE DE 2014***

LILIANA SOFÍA CEPEDA AMARIS
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyecto: Yarith Maldonado

BOGOTA D.C. 02/12/2014
A la fecha fue notificado personalmente al SEÑOR(A) Alex Humberto Palacios
CC No. 16378443
FIRMA Alex H. Palacios C.

Resultado General -2022-12-05--8:16:33 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	16378443	ALEX	HUMBERTO	PALACIOS	GONZALEZ	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) ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ identificado(a) con CC 16378443 registra la siguiente información:

2022-12-05--8:16:33 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2013-08-15	935	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CASANARE

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 acrediteren 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).

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

1789

HACE CONSTAR QUE:

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

C.C. 16.378.443 DE CALI (VALLE)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

ATENCION A VICTIMAS POR ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Realizado los días 03 al 04 de OCTUBRE de 2022, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 04 DE OCTUBRE DE 2023.

DADO EN BOGOTA (D.C), A LOS 04 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2022.

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

2744

HACE CONSTAR QUE:

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

C.C. 16.378.443 DE CALI (VALLE)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL.

Realizado los días 29 al 30 de SEPTIEMBRE de 2022, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023.

DADO EN BOGOTA (D.C), A LOS 30 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2022.

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

1539

HACE CONSTAR QUE:

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

C.C. 16.378.443 DE CALI (VALLE)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Realizado los días 07 al 08 de OCTUBRE de 2022, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 08 DE OCTUBRE DE 2023.

DADO EN BOGOTA (D.C), A LOS 08 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2022.

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

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

CERTIFICA QUE:

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

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: septiembre 9, 2022

CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

Gobernación de Cundinamarca

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

1539

HACE CONSTAR QUE:

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

C.C. 16.378.443 CALI (VALLE DEL CAUCA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Realizado los días 10 al 11 de DICIEMBRE de 2021, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 11 DE DICIEMBRE DE 2023.

DADO EN BOGOTA (D.C), A LOS 11 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2021.

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

621

HACE CONSTAR QUE:

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

C.C. 16.378.443 CALI (VALLE DEL CAUCA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO DE

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado los días 26 al 30 de NOVIEMBRE de 2021, con una intensidad de 48 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 30 DE NOVIEMBRE DE 2023.

DADO EN BOGOTA (D.C), A LOS 30 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2021.

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Alex Humberto Palacios Gonzalez

CC 16378443 de Cali - Valle del Cauca

Realizó y aprobó el Curso de Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-09
Fecha de vencimiento: 2024-12-09

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

NG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

CERTIFICA QUE:

ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ

Realizó el curso de:

ACREDITACION

Con una Intensidad Horaria de 35 horas

MARIA ALEXANDRA BOLIVAR PINEDA
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión:agosto 24, 2022

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

Asistir Salud
Atención con Sentido Humano

Bogotá, 12 de noviembre de 2021

LA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO DE
ASISTIR SALUD S.A.S.
Nit. 800.216-958 -0

CERTIFICA

Que **ALEX HUMBERTO PALACIOS GONZALEZ,** identificado con cédula de ciudadanía número 16378443, presta sus servicios profesionales como **MEDICO PERSONAL,** mediante un contrato de prestación de servicios desde el 11 de marzo de 2019, devengando un promedio de honorarios de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 6.300.000).

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de noviembre de 2021.

Cordialmente,

CAROLINA MALDONADO
Directora de Talento Humano
Teléfono: 2231145 Ext. 207