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: Saskia Maria Yepes Pabon

CARGO: Medico general Sibate

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				
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				

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, 04 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 Soacha

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Saskia María Yepes Pabón

Cargo: MEDICO GENERAL

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.

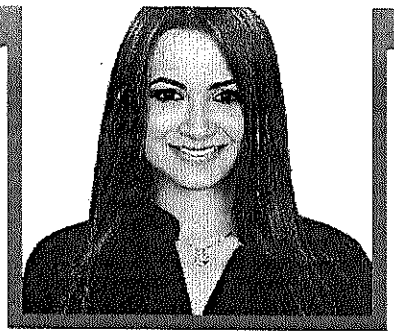
Cordialmente,

Saskia Yepes P.

Saskia María Yepes Pabón
CC: 1143460455
Dirección: CARRERA 36# 33-46

Email: saskia.yepes@gmail.com

Teléfono/ Celular: 3013157755



Carrera 36#33-46, Soacha

3013157755

saskia.yepes@gmail.com

15/07/1997

Colombiana

Perfil

Medico general con énfasis en Salud publica de la universidad Simón Bolívar con gran vocación e integridad profesional, practica de la ética y valores humanos.

Organizada con vocación de servicio, responsable y con habilidades propias de mi profesión, experiencia en trabajo interdisciplinario, con capacidad de liderazgo y sentido social dispuesta a cumplir con las distintas, funciones, obligaciones y normas laborales establecidas.

Experiencias de trabajo

01/2021 - Presente
Hospitalario Medicina Interna
Hospital Mario Gaitan Yanguas - Soacha

01/2021 - Finalizado
Apoyo asistencial de Consulta especializada de Neurologia
CMT Soluciones medicas - Soacha

09/2020 - Finalizado
Medico general Hospitalizacion Psiquiatria
Ips fundancion de encuentro San francisco de Asis - Barranquilla

08/2020 - Finalizado
Medico General de urgencias
Hospital Juan Dominguez Romero - Soledad

06/2019 - Finalizado
Medico interno
Hospital San Rafael de Caqueza - Caqueza

Educación

07/2014 - Finalizado
Medicina General
Universidad Simon Bolivar - Barranquilla - Promedio: 4.3

01/2008 - Finalizado
Bachiller Academico
Colegio San Jose Hermanitas de la anunciacion - Barranquilla - Promedio: 4

Cursos

09/2022 - Finalizado
Soporte vital Basico
AJUDISP

09/2022 - Finalizado
Soporte vital Avanzado
AJUDISP

09/2022 - Finalizado
Gestion operativa de la donacion de organos y tejidos.
AJUDISP

09/2022 - Finalizado
Atención Integral a Victimas de violencia sexual
AJUDISP

08/2021 - Finalizado
Gestion del duelo
Quirón

06/2021 - Finalizado
Atencion Integral a victimas de ataques con agentes quimicos
Quirón

07/2022 Finalizado — Auxiliar
Quiron

2.1

» Habilidades

Liderazgo	[redacted]	Trabajo en equipo	[redacted]
Proactividad	[redacted]	Comunicacion	[redacted]

» Idiomas

Español	[redacted]	Ingles	[redacted]

» Referencias

Referencias personales

German Avellaneda

Medico especialista en medicina interna

Telefono: 3002242823

Fernando Mesa

Medico especialista en Anestesiologia

Tel: 3185483967

» Referencias Familiares

Maria Pabón Sanchez

Trabajadora Social

Tel: 3006273634

Alejandro Yepez Sarmiento

Economista

Tel: 3114216709

Saskia Yepes P.

Saskia Maria Yepes Pabón

1.143.460.455



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1997
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 : O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-JUL-2015 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0300150-00740657-F-1143460455-20150824 0046005385A 1 42667757

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.143.460.455**

YEPES PABON

APELLIDOS

SASKIA MARIA

NOMBRES



Saskia Yepes P.

FIRMA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 210838281

WEB
22:47:30
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 04 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) SASKIA MARIA YEPES PABON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1143460455:

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 domingo 04 de diciembre de 2022, a las 22:48:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1143460455
Código de Verificación	1143460455221204224853

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 10:50:59 PM horas del 04/12/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1143460455**
Apellidos y Nombres: **YEPES PABON SASKIA MARIA**

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

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, 04/12/2022 10:53:14 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1143460455 .**

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. **47868099 .** 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

C114346045500097097

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) **SASKIA MARIA YEPES PABON**, identificado(a) con C.C. No. 1143460455 y T.P. o R.M. No. 1143460455 del(a) Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla, 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 miércoles 09 noviembre 2022 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA 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 14866713989

(415)7707212489984(8020) 000001486671398 9

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
YEPES	PABON	SASKIA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sig...

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Soledad 7 5 8

41. Dirección principal: CR 45 43 60

42. Correo electrónico: saskia.yepes@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
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 2 0 0 8 0 4						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 09 - 23 / 15 : 08: 53

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

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

984. Nombre YEPES PABON SASKIA MARIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/7/2022

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

FECHA:	2022-12-16	CIUDAD:	Soacha	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas 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 PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Yepes	Pabón	Saskia	Maria

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1143460455	Barranquilla	2015-07-27
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1997-07-15	Barranquilla	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)		DIVORCIADO(A)		ION LIBRE	VIUD	1	0	3013157755

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Carrera 36#33.46	Soacha	Cundinamarca	Colombia	3013157755

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
saskia.yepes@gmail.com	no aplica	PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
no aplica	no aplica	no aplica	no aplica	No aplica

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
no aplica	no aplica	no aplica	no aplica

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI X		SI	NO X	8621	
		NO	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X	CUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	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		SERVICIOS		SALUD X			800006850-3

EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	FINANCIERA	TRANSPORTE	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	MEDICAMENTOS	
OTRA X	CUAL:							

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Calle 13 10 48	7309230	Saocha	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	MEDICO GENERAL		**FECHA VINCULACION**	Dic - 2022

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
no aplica	no aplica	no aplica	no aplica	no aplica	no aplica

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 7.900.000	GASTOS FAMILIARES		AHORROS	no	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	no	ARRIENDOS	$ 650.000	INVERSIONES	no	TARJETAS DE CREDI	$ 3.000.000
ARRIENDOS	no	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	no	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES	no	CUOTA VIVIENDA	$ 2.000.000	PROPIEDADES	no	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	no	OTROS EGRESOS*	$ 3.700.000	OTROS ACTIVOS*	$ 2.500.000	OTROS PASIVOS*	$ 60.000.000
TOTAL INGRESOS	**$ 7.900.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 6.350.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 2.500.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 63.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES
¿No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral?

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIAZ	PEREZ	JUAN	CAMILO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 35 # 10-33	BARRANQUILLA	AMIGO	3015356277

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORRO	5,50488E+14	SOLEDAD ATLANTICO	3607713

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ( ) SI (X) NO

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ( ) EXPORTACION ( ) TRANSFERENCIAS ( ) PRESTAMOS ( ) PAGO SERVICIOS ( ) OTRA ( ) CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
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

Sofia Yepes P.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SASKIA MARIA YEPES PABON identificado(a) con CC 1143460455 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2008
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	UT BIENESTAR - OCGN UMA CALLE 30
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes de diciembre del año 2022.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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 **SASKIA MARIA YEPES PABON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1143460455,** se encuentra afiliado/a desde **10/08/2020** 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 04 de diciembre de 2022.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Yepes	Pabon	Saskia Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1143460455 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 15 MES 07 AÑO 1997

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: ATLÁNTICO

MUNICIPIO: BARRANQUILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 36 - 33 46 CONJUNTO RESIDENCIAL GERANIO TORRE 4 APTO 603

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

TELÉFONO: 3630537 EMAIL: saskia.yepes@gmail.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	10	AÑO	2013

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		MEDICINA	05	2021	1143460455

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CMT CENTRO DE ESPECIALISTA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD IPS FUNDACION LUGAR DE ENCUENTRO SAN FRANCISCO DE ASIS	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JUAN DOMINGUEZ ROMERO	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* SOLEDAD						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

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	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	7

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 13/12/2022

Sofia Yepes P.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

14.4

FORMATO ÚNICO

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

sigep II 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

15.1

Período Declarado: 01/01/2021 - 26/10/2021

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Saskia Maria Yepes Pabon

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1143460455 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CALLE 36 33 46 Conjunto residencial Geranio Torre 4 Apto 603 TELÉFONO: 3013157755 / 3630537

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA CONCEPCION PABON SANCHEZ	57302793	MADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$45.000.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$45.000.000

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
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	488415767588	DAVIVIENDA	2.071.040

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
BANCO FALABELLA	TARJETA DE CREDITO	3.300.000
BANCOLOMBIA	TARJETA DE CREDITO	800.000
ICETEX	CREDITO ESTUDIANTIL	68.722.588

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Sasha Yepes P.	Soacha 13/12/2022
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	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 4 DE DICIEMBRE de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Saskia María Yepes Pabón, identificado(a) con cedula No. 1143460455 de Barranquilla, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Medico General, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,

Saskia Yepes P.

C.C. 1143460455

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

Soacha, 04 de DICIEMBRE de 2022

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

Yo Saskia Maria Yepes Pabon, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1143460455 de Barranquilla, 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,

Saskia Yepes P.

C.C. No. 1143460455 de Barranquilla

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

ARL SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Saskia Maria Yepes Pabón

N° Documento: 1143460455

Fecha de Nacimiento: 15/07/1997

Dirección: CARRERA 36# 33-46

Teléfono. Fijo – Celular: 3013157755

E-mail: saskia.yepes@gmail.com

EPS: Nueva eps

AFP: Colpensiones

Firma Contratista: Saskia Yepes P.

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 afiliación.

ARL | sura

Medellín, 30 de diciembre de 2022

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

CERTIFICA:

Que SASKIA YEPES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143460455 registra en nuestra base de datos como trabajador (a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/01/2023 **Fecha fin cobertura:** 30/06/2023

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

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

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3869101 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO, INCLUYE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA, REALIZADAS POR UNIDADES INDEPENDIENTES A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CON INTERNACIÓN, DE LABORATORIOS DE ANÁLISIS DE SANGRE, ASÍ COMO LABORATORIOS DE MEDICINA FORENSE Y LABORATORIOS DE RADIOLOGÍA Y OTROS CENTROS DE DIAGNÓSTICOS POR IMAGEN
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3869101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10721903192236449071

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP: 191.156.60.59, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 13/12/ 2022

Señores:

Universidad Simón Bolívar

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Saskia Maria Yepes Pabón 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:

MEDICA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Saskia Yepes P.

Firma

N° Documento 1143460455

Tarjeta Profesional N° 1143460455

Dirección de contacto carrera 36 # 33-46

Teléfono 3013157755

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

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

Yo,Saskia Maria Yepes Pabón identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1143460455, expedida en Barranquilla Atlántico , 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

20.2

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

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

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

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

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

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

20.4

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 14/12/2022

Sorkia Yepes P.

Firma y huella

3013157755

Celular No.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202081380

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000002276 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47 COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
12	09	2022	12	09	2022	23:59	12	09	2023	23:59	365	12	09	2022

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL
TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
12	09	2022	23:59	12	09	2023	23:59	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: SASKIA MARIA YEPES PABON IDENTIFICACIÓN: CC 1143.460.455
DIRECCIÓN: CARRERA 36 NO. 33-46 CIUDAD: SOACHA, CUNDINAMARCA TELÉFONO: 6013610537

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: SASKIA MARIA YEPES PABON IDENTIFICACIÓN: CC 1143.460.455
DIRECCIÓN: CARRERA 36 NO. 33-46 CIUDAD: SOACHA, CUNDINAMARCA TELÉFONO: 6013610537
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: ATLANTICO CIUDAD: SOLEDAD

DIRECCION: CALLE 0 No. 0-0

ACTIVIDAD: MEDICO

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 200,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	200,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	200,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	200,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	200,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	20,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: YEPES PABON SASKIA MARIA
ASEGURADO: YEPES PABON SASKIA MARIA
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.
PROFESION ASEGURADA: MEDICO
VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***200,000,000.00	$ **********169,300	$****10,000.00	$ *******34,067	$ **********213,367

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
GRUPO LICITAMOS LIMITADA	9726	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000320208138

Sasvin Yepes P
FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CDDA207A0F07FD7D57 CLIENTE JHCHAPARRO 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

SASKIA MARIA YEPES PABON

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1143460455

Fecha nacimiento / Date of birth

15/07/1997

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3630537

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number		
Primera	Segunda	Primer Refuerzo
Lote / Vaccine Batch		
A2021010044	L202103005	C202107138
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	SIBATE CENTRO DE SALUD
Fecha de aplicación / Date of Vaccination		
01/03/2021	29/03/2021	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		
10/11/2022	10/11/2022	10/11/2022

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

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: SDS LED RDRD
Apellidos: Sepr Pdbow
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1143460455
Fecha de nacimiento: Día 15 Mes 07 Año 1987

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	✓		
	2	✓		
	3	✓		
	4	05-11-2022	2335029453085	HOSPITAL
	5			
TdaP acelular	1	9	0200	7573
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	5-11-2022	0507	55
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	30/5/16	D22321	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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

Consérvelo

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

Ministerio de Salud

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Saskia.
Apellidos: Yepez
Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 1143460455
Fecha de Nacimiento: Día 15 Mes 07 Año 1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Hepatitis A				
Hepatitis B	1	04 FEB. 2015	Utrixo/	
	2	04 MAR. 2015	Utrixo/	
	3	07 ABR. 2015	Utrixo/	
Influenza	2	17 ENE. 2017	[illegible]	
Neumococcica PPSV	1	04 FEB. 2015	4340	
Neumococcica Conj.	2	07 ABR. 2015	4102	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Tetano	3	04 FEB. 2015	Olutrigil C	
	4	04 MAR. 2015	Olutrigil C	
	5			
Varicela	1	17 ENE. 2017	[illegible]	GLOBAL FARMA
Fiebre Amarilla		04 FEB. 2015	K008	
Sarampion Rubeola		07 OCT. 2015	SR82	

OTRAS VACUNAS

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma

SERMEDIFARM LTDA.
NIT. 900330080-1
Carrera 59 No. 59-65 Universidad Simón Bolívar Sede 1 Cel: 3016760409
sermedifarma2012@hotmail.com Barranquilla - Colombia

Nombre: Saskia Maria.
Apellidos: Yepes Ruban
Documento de Identidad: CC X TI Pasaporte No. 1143460455
Fecha de Nacimiento: Día 15 Mes JUL Año 1997

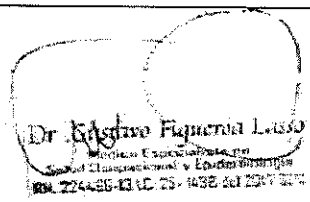
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

FECHA DEL EXAMEN . 29-07-2021

1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR		
Nombre: SASKIA MARIA YEPES PABON		
IdentificacioN : 1.143.460.455	Edad: 24	Estado civil: SOLTERA
Escolaridad: Profesional MEDICO		
Teléfono: 3013157755	EPS: NUEVA EPS	
Empresa: SURA ARL		
Cargo: MEDICO		
Actividades laborales :MANEJO DE PACIENTES , REALIZAR VALORACIONES MEDICAS,DIRECIONAMIENTO FARMACOLOGICO,Y DEMAS FUNCIONES ADHERENTES AL CARGO ASIGNADAS POEL EL JEFE INMEDIATO		
Riesgo: Contaminarse –contagiarse de ciertas patologías infecciosas, o sufrir accidentes ocasionados por accidentes en el momento de realizar intervenciones medicas.		
2. Antecedentes.		
Patológicos: NO REFIERE		
Traumatológicos: NO REFIERE HASTA EL MOMENTO		
Quirúrgicos: NIEGA		
Accidentes laborales : NO REFIERE EN MOMENTO		
Osteomuscular: NO PRESENTA NINGUNA ALTERACION OSTEOMUSCULAR , FUERZA Y RETRACCION MUSCULAR CON SERVADAS NO HAY NINGUNA ALTERACION.LATERAL SIN NINGUNA LIMITACION. FRONTAL SIN LIMITACION ANGULARES , POSICION NI MOVIMIENTO POSTERIOR. SIN LIMITACIONES		

74.2

Examen físico				
Signos vitales				
FC: 72x minuto	**TA: 120/78**	**FR: 17 Minuto**	**Peso: 50 kilos**	**Talla: 1.55 M**
Cabeza:	**NO HAY NINGUNA ALTERACION**			
Ojos :	Sin alteracoion			
ORL:	sin ninguna alteración			
Cuello:	sin alteración			
Tórax:	sin alteración			
Cardiopulmonar: sin alteración				
Abdomen : SIN IRRITACION, RUIDOS INTESTINALES CONSERVADOS-				
Genitourinario: sin alteración				
Columna: No hay ninguna alteración				
Extremidades: sin alteración				
Neurológico: sin alteración				
Piel: sin alteración				
3. Diagnóstico:				
Examen de ingreso				
4. Concepto medico:				
Paciente que en el momento se encuentra sin ninguna alteración fisico-patológico, el cual puede desempeñar la labores que.. le sean encomendadas como medico Paciente APTA para desarrollar sus actividades . SIN restricción Anexo examen de visiometria generado por optometría con su respectiva opinión				
5. Recomendaciones para la empresa				
Ningunas en el momento.				
6. Recomendaciones laborales para el trabajador				
• Realizar pausas activas cada 2 horas por 5 minutos. • Receso laborales. • Uso de equipos de protección personal. • Seguimiento y control periódico por medico laboral				



Dr. Gustavo Figueroa Lasso
Médico especialista en salud ocupacional y riesgos
laborales RM: 224466-13 Licencia 25-1498 del 2017 SDC.

ÓPTICA
DE LA ESPRIELLA

OPTICA DE LA ESPRIELLA
CALLE 36 N° 41 - 104 LOC. 216 Tel : 3703996 - 310 7271085

CERTIFICADO DE APTITUD VISUAL

OPTOMETRA: ANTONIO JOSE DE LA ESPRIELLA

Fecha : 09 Septiembre 2021

NOMBRE: SASKIA MARIA YEPES PABON **Identificación** CC 1143460455 **Fecha Consulta:** 16/12/2020
OCUPACION **EDAD** 24 **SEXO** F **EPS:**

Fecha Examen: 09/09/2021 Optometra: ANTONIO JOSE DE LA ESPRIELLA
Motivo de la Consulta: MALA VISION LEJANA

A.V. SIN CORRECCION: VISION LEJANA: OD: 20/40 V.PROXIMA OD: 0.50 M
OI: 20/40 OI: 0.50 M

Examen Externo: NORMAL

Rx Final:

OJO	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADICION	AV
DERECHO:	-2.00	- 0.00		+ 0.00	20/20
IZQUIERDO:	-2.00	- 0.00		+ 0.00	20/20

Dp: 62/60

Test de Color: OD: ISHIHARA: TRICROMATISMO NORMAL
OI: ISHIHARA: TRICROMATISMO NORMAL

DIAGNOSTICOS:
Ojo: AMBOS H521 MIOPIA

28.1

República de Colombia

Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 1318 de noviembre 15 de 1972

Confiere el título de

Médica

A SASKIA MARIA YEPES PABON

Documento de identificación C.C.No. 1.143.460.455

y en testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 24 días del mes de Junio de 2020 y lo refrenda con las firmas de rigor.

Rector

Secretaria General

Decano

Registrado en el Folio No. 92 del Libro de Diplomas 23 Secretaría General de la Universidad

32893

Escaneado con CamScanner

Universidad Simón Bolívar
Personería Jurídica: Resolución No. 1918 Noviembre 15 de 1972 de la Gobernación del Atlántico.
Resolución No. 5424 Noviembre 23 de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
NIT 890.104.673-9

42438

ACTA DE GRADO AG-98-52

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los veinticuatro (24) días del mes de junio del año 2020, se efectuó la ceremonia de graduación de:

YEPES PABON SASKIA MARIA

*Documento de identificación N° **1143460455***

Quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos para recibir el título.

La ceremonia de grado fue presidida por el Sr. Rector, doctor José Consuegra Bolívar, en asocio del Decano de la Facultad y actuó como Secretaria General la Ingeniera Rosario García González.

*Habiéndose tomado el juramento de rigor por parte del Sr. Rector, se le hizo entrega del diploma correspondiente identificado con el número **32893**, que le acredita como:*

MEDICA

Para constancia se extiende y firma la presente acta.

Firmado: Doctor José Consuegra Bolívar, Rector; José Rafael Consuegra Machado, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud; y Rosario García González, Secretaria General.

Es fiel copia tomada del acta original de la ceremonia de grados AG-98, en lo pertinente. Registrado en el folio No.98, del libro de diplomas No.83, de la Secretaría General de la Universidad.

Dado en la Universidad Simón Bolívar, a los veinticuatro (24) días del mes de junio de 2020.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
SECRETARIA GENERAL
BARRANQUILLA

ROSARIO GARCÍA GONZÁLEZ
Secretaria General

Barranquilla, Junio 24 de 2020.

La salud es de todos

Minsalud

COLEGIO MEDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

SASKIA MARIA YEPES PABON



C.C. 1143460455

MEDICO

Universidad Simon Bolivar

Barranquilla

Grado: 24/06/2020

Rethus: 03/08/2020

Escaneado con CamScanner

Datos Personales y de identificación:

Fecha de Consulta : 2022-12-04—11:23:57 PM

Tipo de Identificación : CC Número de Identificación : 1143460455 Primer Apellido: YEPES Segundo Apellido: PABON Primer Nombre: SASKIA Información Académica

SegundoNombre: MARIA

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	1-Local	MEDICINA	2020-08-03	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Prestacion SSO	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|ATLÁNTICO|BARRANQUILLA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina

Información Sanciones

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

Saskia Maria Yepes Pabon

CC: 1143460455

En el curso de: **ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS**

Para: **Médico**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** Atencion integral a victimas de ataques con agentes quimicos. **Quiron Entrenamiento En Salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **19** del mes de **Junio Del 2021** con una intensidad de 20 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición. **Con código de verificación: 0000008585**

Coordinador científico:
Dr. Jose Esteban Estrada
Instructor titular A.H.A.
PALS - Cuidado crítico PED-NEO

Representante legal:
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Cra 46 #79 - 96 Piso 2 / Barranquilla - Tel: 366 70 16 - Cel: 320 873 8804
www.quironcolombia.com

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
numero de acta
SB06C007622

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: SASKIA MARIA YEPES PABON

C.C: 1143460455 DE BARRANQUILLA

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP AJUDISP AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
AJUDISP Asociación AJUDISP AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 08 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2022
CON VIGENCIA DE 2 AÑOS -

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

Saskia Maria Yepes Pabón

CC: 1143460455

En el curso de: **GESTION DE DUELO**

Para: **Médico.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** Gestion De Duelo . **Quiron Entrenamiento En Salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **24** del mes de **Agosto Del 2021** con una intensidad de 20 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición. **Con código de verificación: 0000008423**

Coordinador científico:
Dr. Jose Esteban Estrada
Instructor titular A.H.A.
PALS - Cuidado crítico PED-NEO

Representante legal:
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Cra 46 #79 - 96 Piso 2 / Barranquilla - Tel: 366 70 16 - Cel: 320 873 8804
www.quironcolombia.com

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas de Soacha

CERTIFICA QUE:

Saskia Yepes

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,73

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: septiembre 22, 2022

CUNDINAMARCA
EN COMUNICACIÓN

Gobernación de Cundinamarca

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
numero de acta
SB06C007622

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaría de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: SASKIA MARIA YEPES PABON

C.C: 1143460455 DE BARRANQUILLA

ASISTIO Y APROBO AL CURSO AVANZADO DE

SOPORTE VITAL AVANZADO - ACLS

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 07 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2022
CON VIGENCIA DE 2 AÑOS -

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

AJUDISP

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
numero de acta
SB06C007622

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: SASKIA MARIA YEPES PABON

C.C: 1143460455 DE BARRANQUILLA

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

GESTION OPERATIVA DE LA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos AJUDISP

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 06 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2022
CON VIGENCIA DE 2 AÑOS -

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
JUAN DOMÍNGUEZ ROMERO
DE SOLEDAD E.S.E.
¡ Le ponemos el corazón, a tu Salud !

Soledad, Agosto 04 del 2021

ESEHDJDRS-TH-0134-2021

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que una vez revisado el archivo de hojas de vida que se lleva en la Oficina de Talento Humano, se encontró que la Doctora **SASKIA MARIA YEPEZ PABON** identificada con **Cédula de Ciudadania 1.143.460.455** expedida en Barranquilla, presto servicios como MEDICO GENERAL en esta institución, bajo la modalidad de Contrato Estatal determinado en el numeral 3 del Artículo 32 de la Ley 80 de 1.993, Orden de prestación de Servicios, así:

1. OPS No 0608 Del 01 al 31 de Agosto del 2.020, por valor de $2.8000.000,00.
2. OPS No 0686 Del 01 al 30 de Septiembre del 2.020, por valor de $ 3.000.000,00.
3. OPS No 0784 Del 01 de Octubre/20 al 31 de Diciembre del 2.020, por valor de $ 9.300.000,00.

Nota: Tachaduras y enmendaduras invalidan esta certificación.

MARIA AUXILIADORA LABORDE CARDENAS

13.2

CERTIFICACION				
CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2019	VERSIÓN: 01	Página **1** de **1**	

A QUIEN INTERESE:

Nos permitimos certificar que la doctora **SASKIA MARIA YEPES PABON,** identificada con la cédula de ciudadanía No 1.143.460.455 de Barranquilla, trabajó bajo Contrato de Prestación de Servicios No 158, para la **IPS CMT SOLUCIONES MEDICAS S.A.S.** como Médico General en el contrato suscrito con la E.S.E Mario Gaitán Yaguas de Soacha, desde el día primero (01) de enero de 2021 hasta el día 29/10/2022.

Dada en la ciudad de Bogotá a solicitud del interesado a los siete (1) días del mes de noviembre de 2022.

Cordialmente,

MILTON IDUAR MAYORGA ARIZA
Representante Legal
IPS CMT SOLUCIONES MEDICAS S.A.S.