| 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: Luis Carlos Parraga Ramos**

**CARGO: Auxiliar de facturacion**

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CUMPLE | | | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | N/A | |
| | **GESTION DEL TALENTO HUMANO** | | | | |
| 1 | Propuesta de servicios dirigida al gerente | X | | | |
| 2 | Hoja de vida en pdf (actualizada con foto) | X | | | |
| 3 | Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería | X | | | |
| 4 | Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años | x | | | |
| 5 | Certificado de antecedentes Procuraduría. *No menor a tres meses | x | | | |
| 6 | Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses | x | | | |
| 7 | Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses | x | | | |
| 8 | Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses | x | | | |
| 9 | Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería) | | | | |
| 10 | RUT Actualizado | x | | | |
| 11 | Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo. | x | | | |
| 12 | Certificado actual de afiliación EPS | x | | | |
| 13 | Certificado actual de afiliación fondo de pensiones | x | | | |
| 14 | Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II | x | | | |
| 15 | Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II | x | | | |
| 16 | Formato de oferta de prestación de servicios | x | | | |
| 17 | Formato de indemnidad | x | | | |
| 18 | Formato de ARL | x | | | |
| 19 | Autorización manejo de datos personales (habeas data) | x | | | |
| 20 | Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información | x | | | |
| 21 | Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales) | | | | |
| 22 | Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo | x | | | |
| 23 | Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo | x | | | |
| 24 | Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría *Vigencia de 3 años | x | | | |
| | **SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO** | | | | |
| 25 | Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado | x | | | |
| 26 | Técnico *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 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 | x | | | |
| Nombre y firma de quien verifica la documentación: | | | | | |

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

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

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

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

Quely Garcia. S.

**REFERENTE TALENTO HUMANO**
**QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA**

Soacha, 10__ 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: LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS

Cargo: AUXILIAR DE FACTURACION

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,

Luis Carlos Parraga

Nombre del Contratista: Luis Carlos Parraga Ramos
CC: 1.073.707.556
Dirección: calle 15 N 1ª-67 este
Email: luispa-14@hotmail.com
Teléfono/ Celular: 3233059927

# Hoja de vida

# Luis Carlos Párraga Ramos

## Experiencia laboral



## Contacto:

**Cel.: 319-631-36-75**

**Correo: luispa-14@hotmail.com**

**Dirección: calle 15 N 1ª-67 este**

## Objetivos:

Mi objetivo es mejorar mi calidad de vida y de las personas que me rodean, conseguir un buen empleo en el cual pueda crecer de forma profesional y personal.

**- Auxiliar de facturación - Ese Hospital Mario Gaitán Yanguas**
– 11 de septiembre 2019 – 30 de noviembre de 2022.
Estaba encargado de dar citas, facturar, soportar y entregar cuentas médicas en el área de consulta externa.

## Formación académica

-Tecnólogo en diseño para la comunicación gráfica- SENA – 30 de octubre de 2015 -10 de julio de 2019.

-Técnico en venta de productos y servicios • 12 de diciembre de 2013 • SENA

Luis Carlos Parraga

Luis Carlos Parraga Ramos
C.C. 1.073.707.556 de Soacha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.707.556

PARRAGA RAMOS
APELLIDOS

LUIS CARLOS
NOMBRES

Luis Carlos Parraga
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1996
SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

20-AGO-2014 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1524700-00629839-M-1073707556-20141003 0040377764A 1 42771516

4

Datos Estado v2

liAppointment.Visible: False

No está logueado

Comando de Reclutamiento y Control Reservas
Ejército Nacional

Mapa del Sitio (/Modules/Help/SiteMap)

Facebook (https://www.facebook.com/pages/Jefatura-de-Reclutamiento/187917991313270?fref=ts) Twitter (https://twitter.com/RECLUTAMIENTOCO)

# Consulte el estado de su Situación Militar

Diligencie los siguientes campos y conozca el estado de definición de su situación militar.

Tipo de documento (*):

Cédula de Ciudadanía

Número de documento (*):

1073707556

Limpiar Consultar

| Inscripción | Citado | Concentración | En Liquidación | Reservista |
|---|---|---|---|---|

LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS

**En Liquidación - Por Liquidar**

Lugar:

Dirección:

Distrito Militar No. 059

Calle 19 5-25 Barrio San Luis (Soacha - Cundinamarca)

## ¿Qué debo hacer?

Presidencia de la República (http://www.presidencia.gov.co)

MinDefensa Ministerio de Defensa Nacional (http://www.mindefensa.gov.co)

5

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 210963245

WEB
12:55:57
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 06 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) LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073707556:

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 martes 06 de diciembre de 2022, a las 12:56:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1073707556 |
| Código de Verificación | 1073707556221206125617 |

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

7

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 12:54:30 PM horas del 06/12/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1073707556**
Apellidos y Nombres: **PARRAGA RAMOS LUIS CARLOS**

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

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

8

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 06/12/2022 01:01:11 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1073707556** .

## 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. **48014064** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

10

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14832481932

(415)7707212489984(8020) 000001483248193 2

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 7 3 7 0 7 5 5 6 | 2 0 1 4 0 8 2 0 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Soacha 7 5 4 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PARRAGA | RAMOS | LUIS | CARLOS |

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
CL 15 1 A 67 ESTE

42. Correo electrónico Luispa-14@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 9 6 3 1 3 6 7 5 | |

## 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 2 9 9 | 2 0 1 9 0 9 1 3 | | | | | | |

### 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 - 06 - 13 / 17 : 16: 11

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 PARRAGA RAMOS LUIS CARLOS
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 | 6/07/2022 |

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

| FECHA: | 2022-12-10 | CIUDAD: | SOACHA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

| PROVEEDOR | | PARTICULAR | | CONTRATISTA OPS | X | SERVIDOR PUBLICO | | OTRO | | CUAL: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| PARRAGA | RAMOS | LUIS | CARLOS |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C. | NUIP | 1.0.73.707.556 | SOACHA/CUNDINAMARCA | 2014-08-20 |
| PASAPORTE | | OTRO | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 07 DE AGOSTO DEL 1996 | SOACHA/CUNDINAMARCA | COLOMBIA | COLOMBIANO |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A) | 0 | 0 | 3233059927 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CLLE 15 N 1A-67 ESTE | SOACHA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | N/A |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| LUISPA-14@HOTMAIL.COM | N/A | PROPIA | FAMILIAR X | ARRENDADA |

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

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A |

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

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

| ASALARIADO | | ESTUDIANTE | | HOGAR | | PENSIONADO | | CUAL: | AUXILIAR DE FACTURACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOCIO | | CONTRATISTA | X | COMERCIANTE | | EMPLEADO PUBLICO | | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE | | EMPLEADO SOCIO | | | | OTRA. . . . . | | | |

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

| 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 | 800006850-3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXPORTACIONES | AGRICOLA | ENERGETICA | FINANCIERA | TRANSPORTE | TECNOLOGIA | ALIMENTOS | MEDICAMENTOS | GOBIERNO | SERVICIOS | SALUD X |
| OTRA | CUAL: | | | | | | | | | |

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 13 N 10-48 | 7309230 | SOACHA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA |

| CARGO ACTUAL | AUXILIAR DE FACTURACION | FECHA VINCULACION | 2023-01-01 |
|---|---|---|---|

**4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

| NUMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA | DESCRIPCION ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCION | TIPO SOCIEDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | $ 1.339.000 | GASTOS FAMILIARES | $ 750.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | | ARRIENDOS | | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | $ 1.600.000 |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | $ 6.000.000 | DEUDAS TERCEROS | $ 1.500.000 |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | $ 1.339.000 | TOTAL EGRESOS | $ 750.000 | TOTAL ACTIVOS | $ 6.000.000 | TOTAL PASIVOS | $ 3.100.000 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| GOMEZ | OROZCO | ANDREA | PATRICIA |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| CALLE 33F SUR N 14B-52 | SOACHA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA | AMIGOS | 3057777502 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| BANCO DE BOGOTA | CUENTA DE AHORROS | 123261810 | SOACHA | (601)3820000 |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

**8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

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

AUXILIAR DE FACTURACION

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) 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 Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
**2.** El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

## IX. FIRMA Y HUELLA

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

Luis Carlos Tarazo

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Índice Derecho**

12

Salud Total EPS

Bogotá, Diciembre 6 de 2022

Señor:
PARRAGA RAMOS LUIS CARLOS
CC. 1073707556
CL 15 1 A 67 ESTE - 3
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 22 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliación | Fecha de desafiliación EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PARRAGA RAMOS LUIS CARLOS | 1073707556 | C | Abr-22-2019 | 52 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| [redacted]OS ADRIANA | 39672679 | C | Jun-30-2021 | 52 | 26 | COMPAÑERO(A) | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS | 1073707556 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS | 1073707556 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | VIGENTE |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

[redacted]dialmente,

[redacted]IER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

13

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.707.556**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 6 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

14

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 |
|---|---|---|
| PARRAGA | RAMOS | LUIS CARLOS |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1073707556 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA: DIA 07 MES 08 AÑO 1996

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 15 1A 67 ESTE

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

TELÉFONO: 7178898 EMAIL: luispa-14@hotmail.com

## FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2013 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**ES** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 4 | X | | | 10 | 2018 | |

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 09 | *Año* | 2019 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 09 | *Año* | 2019 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2019 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE FACTURACION | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 13 10 48 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>VIDRIOS EL LIBERTADOR | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3175682372 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 20 | *Mes* | 09 | *Año* | 2017 | *Día* | 30 | *Mes* | 07 | *Año* | 2019 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ATENCION AL CLIENTE | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 15 1 A 67 ESTE | | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 2 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1 | 10 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 3 | 2 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 5 | 3 |

## 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* 10 de diciembre del 2022

Luis Carlos Parraga

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

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 |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1073707556 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CALLE 15 1A 67 ESTE TELÉFONO: 3196313675 / 7178898

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| ADRIANA RAMOS | 39672679 | MADRE |
| LUIS FERNANDO PARRAGA VASQUEZ | 79209081 | 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, 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 | $8.034.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0 |
| TOTAL | $8.034.000 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| BANCO DE BOGOTA | CUENTA DE AHORROS | 123261810 | SOACHA | 3,82 |

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 |
|---|---|---|
| ENEL CODENSA | CREDITO FACIL CODENSA | 1.000.000 |

### 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

Luis Carlos Parraga — FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha 10 diciembre 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, 1 0 de DICIEMBRE deL 2022

## NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS_____, identificado(a) con cedula No. 1.073.707.556 de SOACHA_____, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: AUXILIAR DE FACTURACION_____, 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,

Luis Carlos Parraga

_____

C.C. 1.073.707.556 DE SOACHA

17

| 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, 10__de DICIEMBRE de 2022____**

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

Yo LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS _____, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.073.707.556 de S O A C H A _____, 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,

Luis Carlos Parraga

_____

C.C. No. 1.073.707.556_____de SOACHA _____

| 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: LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS __
N° Documento: 1.073.707.556__
Fecha de Nacimiento: 07 DE AGOSTO DEL 1996___
Dirección: _____CALLE 15 N 1ª-67 ESTE
Teléfono. Fijo – N/A
Celular: _____ 3233059927
E-mail: _____ luispa-14@hotmail.com
EPS: _____ SALUD TOTAL
AFP: PORVENIR _____

Firma Contratista: Luis Carlos Parraga _____

.....

**DATOS INSTITUCIONALES**

**DATOS DEL CONTRATO:**

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

.....

**DATOS AFILIACION:**

Fecha: _____ Hora: _____
Firma responsable Afiliación: _____

.....

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

| 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 10 /12/2022

Señores:

COLEGIO SAULO DE TARSO

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

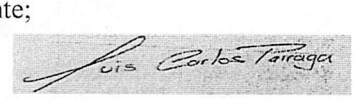
Yo LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal 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:

BACHILLER ACADEMICO

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;



Firma _____

N° Documento 1073707556

Tarjeta Profesional N°_____

Dirección de contacto CALLE 15#1 67 ESTE

Teléfono 3233059927

| 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, **LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS**, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **1.073.707.556**, expedida en **SOACHA**, 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:<br>• DATADOC<br>• SIVIGILA<br>• SIVISALA<br>• MANGO<br>• PAI WEB<br>• DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA<br>• 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 |

Para constancia se firma en Soacha, a los 10 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2022_____

Luis Carlos Parraga



Firma y huella

**3233059927**

Celular No.

**N/A**

Correo institucional

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 30-03-21 | Astrazeneca | ctmaV521 | I.P.S. HOSPITAL [illegible] | Verónica Ocampo Aux. Enfermería C.C. 1.192.746.379 | 1233900[illegible] |
| | 2 | 30-06-21 | ASTRAZENECA | Jb0302. | | | |
| | | | | | | | |

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres: Luis Carlos

Apellidos: Parraga Ramos

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1073.707.556

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 08 Año 1996

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: luis Carlos

Apellidos: paraga

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1073 707 556.

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 08 Año 1996

| ico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Rubeo | nica | | | |
| arilla | Unica | | | |
| | 1 | 30-06-20 | 233E40411 | |
| | 2 | | | |
| ánico - (Td) | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| lular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 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 | 30-06-20 | V502200194 | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

# GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.

901.120.583-5

IPS SERVIR

24

## Certificado de Aptitud Laboral
## INGRESO
## ADMINISTRATIVOS



**Fecha:** 07/Dic/2022, **Hora:** 12:15:52 a.m.
**Apellido:** PARRAGA RAMOS **Nombre:** LUIS CARLOS
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1073707556
**Empresa:** Particular
**Cargo:** AUXILIAR ADMINISTRATIVO
**Direccion:** CLL 15 # 1 A 67 ESTE
**Telefono:** **Celular:** 3233059927 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** Soacha- cundinamarca

**HC:** # 47118
**Edad:** 26 años
**Sexo:** Masculino ♂
**Nacim:** 07/Ago/1996
**Rh:** O+

### Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

### Concepto

APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

### Recomendaciones

Uso de Elementos de Proteccion Personal
Higiene Postural
Pausas Activas
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAL.
*USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE PARA DESEMPEÑAR SU LABOR .CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL.
* EJERCICIO CARDIOVASCULAR 45 MINUTOS MINIMO 3 VECES POR SEMANAS.SOLICITAR VALORACION Y SEGUIMIENTO POR NUTRICIONISTA EN SU EPS.
* MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

### Observaciones

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

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

Yuli Alexandra Alape Tapiero
RM 251434
Médica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

**YULI ALEXANDRA ALAPE TAPIERO**
MEDICO ESPECIALISTA S.O
**Lic. de S.O #:** 251434/2017
**Registro #:** 151380

LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS
CC 1073707556

Huella Digital

**Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha**
**Tel.: 900 21 46**
**Cel: 312 511 87 55**
**E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com**
**comercial@servirips.com**

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

# Institución Educativa

# Colegio Saulo de Tarso

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca

Según Resolución No. 004381 del 31 de Octubre de 2003

Confiere A:

## Luis Carlos Parraga Ramos

**Identificado (a) con T.C. No. 960807076 46 de Bogotá**

El Título de

# Bachiller Académico

Con profundización en Gestión Empresarial y Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes

a la Educación Media, según los planes y Programas Vigentes

COLEGIO

Rectora

Director Académico

Libro de Registro No. ___ Acta No. 014 Folio No. _____

Dado en Soacha, el Día 23 del mes de Noviembre de 2013

No requiere Registro de Secretaría de Educación según Decretos 921 del 8 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República

Escaneado con CamScanner

**INSTITUCION EDUCATIVA**
**COLEGIO SAULO DE TARSO**
**Calle 14 N. 2-06 Teléfono 7811346**
**Código DANE 325754003509**

En la ciudad de Soacha- Cundinamarca a los 23 días del mes de Noviembre del año 2013 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los suscritos Rectora y Director Académico en la Rectoría del **COLEGIO SAULO DE TARSO,** Institución aprobada hasta nueva visita, en el nivel de educación Media, por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de Bachiller Académico con profundización en Gestión Empresarial y Comercial, según Resolución N.004381 del 31 de Octubre de 2.003.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar.

**TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO**
CON PROFUNDIZACIÓN EN GESTIÓN EMPRESARIAL Y COMERCIAL

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación.

## Luis Carlos Parraga Ramos

Identificado (a) con T.I No. 96080707646 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general N.014 al día 23 de Noviembre del 2013 que consta de 18 estudiantes que comienza con el nombre de: **ARRIAGA RODRIGUEZ NELSY KATHERINE** y se cierra con el nombre de: **VELOSA VILLARRAGA GINA LORENA.**

Firmada y sellada por: **Gloria Mercedes Barrantes Ramírez (Rectora) y Enrique Mora Villota (Director Académico).**

Dada en Soacha Cundinamarca, a los 23 del mes de noviembre del 2013

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo acordado en el Articulo 7 del Decreto 180 de 1981. El Diploma y Acta de Grado no requieren Registro de la Secretaria de Educación, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994.

Firmado y Sellado

**Gloria Mercedes Barrantes Ramírez**
**Rectora**
**C.C.N.51.825.482 de Bogotá**

**Enrique Mora Villota**
**Director Académico**
**C.C.N.19.254.084 de Bogotá**

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

## LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS

*Con Cedula de Ciudadania No. 1073707556*

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

**Título de**

## TECNÓLOGO EN

## DISEÑO PARA LA COMUNICACIÓN GRÁFICA

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá, a los diez (10) días del mes de junio de dos mil diecinueve (2019)*

Firmado Digitalmente por
JHON FREDY VARGAS LOZANO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

## LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS

*Con Cedula de Ciudadania No. 1.073.707.556*

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

**Título de**

**TÉCNICO EN**

## VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Soacha, a los treinta (30) días del mes de octubre de dos mil trece (2013)*

Firmado Digitalmente por
ENRIQUE ROMERO CONTRERAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ENRIQUE ROMERO CONTRERAS
Subdirector CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA
REGIONAL CUNDINAMARCA

**8183585 - 30/10/2013**
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 923200338820CC1073707556C.

38

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

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

## CERTIFICA QUE:

*Luis Carlos Parraga Ramos*

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:febrero 15, 2022

CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

Gobernación de Cundinamarca

38

CERT- 418-2022

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**

**C E R T I F I C A**

Que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la **E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS de SOACHA,** cambio de razón social a apartir del primero (01) de julio de 2022 a **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA,** coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la institución, manteniendo la misma persona juridica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado.
Que una vez revisada la base de datos que se encuentra en la oficina de Contratacion, archivos de Gestión y archivo central de la Institución, se constata que la señor (a), **LUIS CARLOS PARRAGA RAMOS,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No **1.073.707.556,** suscribió los siguientes contratos de prestación de servicios con La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**:

| N° CONTRATO | OBJETO | VALOR TOTAL CONTRATO | VIGENCIA CONTRATO |
|---|---|---|---|
| 748-2019 | PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ADMISIONES Y AUTORIZACIONES DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA | $ 4,693,333.00 | 11/09/2019 HASTA 31/12/2019 |
| 254-2020 | PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE FACTURACION DE CONSULTA EXTERNA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA | $ 11,520,000.00 | 02/01/2020 HASTA 30/09/2020 |
| 968-2020 | PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE FACTURACION DE CONSULTA EXTERNA Y PUESTOS DE SALUD DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA | $ 2,560,000.00 | 1/10/2020 HASTA 31/10/2020 |
| 1236-2020 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CONSULTA EXTERNA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS. | $ 1,300,000.00 | 01/12/2020 HASTA 31/12/2020 |
| 241-2021 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CONSULTA EXTERNA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS. | $ 14,753,500.00 | 1/01/2021 HASTA 30/11/2021 |
| 1149-2021 | PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS | $ 3,100,000.00 | 1/11/2021 HASTA 31/12/2021 |
| 297-2022 | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO A LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE FACTURACION DEL HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA. | $ 7,944,733,00 | 03/01/2022 HASTA 30/06/2022 |
| 732-2022 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO ADMINISTRATIVO A LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE FACTURACIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIO YANGUAS DE SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL. | $ 6.695.000.00 | 01/07/2022 HASTA 30/11/2022 |

Se expide a solicitud del interesado, a los veintiocho (28) dias del mes de noviembre de 2022.

**Dr. JORGE ENRIQUE PEDRAZA**
**Sub Gerente Administrativo y financiero.**

**Reviso: Yaasmin Rafael Deluque Toro – Referente de Contratacion y Apoyo a la oficina de Asesoria Jurídica**
**Proyecto: Leticia vanegas – apoyo**