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: GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

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 GINECOLÓGICAS				
43	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
44	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
45	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
46	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
47	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
48	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
49	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
50	Retiro e inserción DIU				
51	Retiro e inserción JADELLE				
52	Certificado de formación en toma de citología				
53	Soporte vital avanzado				
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
54	Soporte v tal avanzado				

55	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia					
56	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia					
57	Registro único nacional de tránsito RUNT					
58	Licencia de conducción					
59	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito					
60	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.					
	AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA					
61	Soporte vital básico					
62	Primeros Auxilios					
63	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)					
	INGENIERO BIOMEDICO					
64	Certificado del registro INVIMA					
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO					
65	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea					
66	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)					
	RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
67	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.					
68	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometria 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.					
	EXPERTENCIA 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.

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ÁNGEL
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
TALENTO HUMANO

Soacha, 19 de enero de 2023

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Gustavo Adolfo Bermúdez Medina

Cargo Auxiliar de Enfermería

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

Cordialmente,



Nombre del Contratista	Gustavo Adolfo Bermúdez Medina
CC:	79532615 de Bogotá
Dirección:	Calle 58 No 17 33
Email:	gbermudezmedina52@gmail.com
Teléfono/ Celular:	3102843011

GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA



TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

OBJETIVO PERSONAL

Basado en el principio de respaldar la integridad social y resaltar el de la responsabilidad del trabajo en equipo. Ocupar un cargo que me permita desarrollar las habilidades y conocimientos adquiridos a través de mi vida académica y laboral, en aras de alcanzar óptimos resultados en mi desempeño.

DATOS PERSONALES.

IDENTIFICACION	79.532.615 DE BOGOTA D.C
DIRECCION	CALLE 58 No 17-33
BARRIO	DIVINO SALVADOR
CELULAR	3102843011

gbermudezmedina52@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Técnico Auxiliar de Enfermería con los cursos vigentes de Atención a Víctimas de la Violencia o Código Blanco, vacunación contra el covid 19 en Colombia, Registro del Rethus.

Con experiencia en Salud pública con la secretaria de Salud de Soacha Cundinamarca y con el Hospital Mario Gaitán Yanguas.

Con amplia experiencia en hogares geriátricos y cuidado de paciente domiciliario; en atención al paciente adulto mayor, realizando actividades básicas de enfermería como control de signos vitales, arreglo de la unidad, administración de medicamentos.

Soy colaborador, honrado, respetuoso, puntual y responsable, con deseos de trabajar e interactuar con un grupo de personas para lograr un objetivo en común en pro de la comunidad o entidad con la que me desempeño.

Profesionalmente deseo continuar aprendiendo para poder hacer mas y mejores aportes a mi labor en salud.

FORMACION ACADEMICA

COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE CHIQUINQUIRA

SECUNDARIA

ESTUDIOS SUPERIORES

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

ENFERMERIA

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD

TERCER SEMESTRE DE PSICOLOGIA

SEMINARIOS

- Humanización en los servicios de la Salud. SENA
- Desinfección en el medio Hospitalario. SENA
- Violencia sexual o Código Blanco Hospital Mario Gaitán Yanguas

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
CARGO AUXILIAR DE ENFERMERIA
TELEFONO 7306060
FUNCIONESAPOYO DE VISITAS EPIDEMIOLOGICAS DE BAJO PESO AL NACER
FECHA INICIO 2014-2015

EMPRESA SIERVOS DE JESUS DE LA CARIDAD
CARGO AUXILIAR DE ENFERMERIA HERMANO
TELEFONO 5531152
FUNCIONES ATENCION BASICA DE PACIENTE ADULTO MAYOR
FECHA 2013-2014

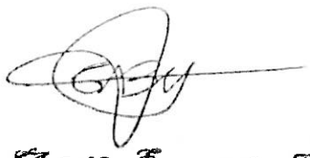
EMPRESA FUNDACION CULTURAL Y SOCIAL ESPARZA
CARGO AUXILIAR DE ENFERMERIA
TELEFONO 3177767658
FUNCIONES REALIZAR VISITAS DE CAMPO
FECHA 2015-2019

EMPRESA HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
CARGO AUXILIAR DE ENFERMERIA
FUNCIONES VISITAS DE CAMPO PROGRAMA PIC
FECHA 2020-2022

REFERENCIAS

Las referencias y certificaciones a solicitud.

Certifico que todos los datos consignados por mi en la presente hoja de vida son veraces. (C.S.T. Art 62 Num 1) y autorizo pedir referencias sin ningún tipo de restricción.



Gustavo Adolfo Bermúdez Medina

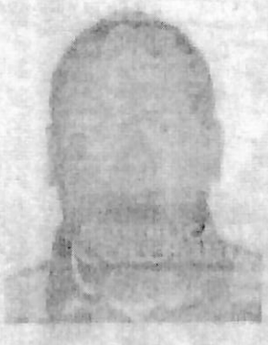
C.C 79.532.615 de Bogotá D.C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 79.532.615
BERMUDEZ MEDINA

APELLIDOS
GUSTAVO ADOLFO

NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-FEB-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA RINCON

A 1500150 01195202 M 0079532615 2020129 0072975 5 A 1 9314206726

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 215025220

WEB
08:47:00

Bogotá DC, 30 de enero del 2023

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) GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79532615:

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 REPUBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 30 de enero de 2023, a las 08:49:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79532615
Código de Verificación	79532615230130084933

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:51:07 AM horas del 30/01/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79532615**
Apellidos y Nombres: **BERMUDEZ MEDINA GUSTAVO ADOLFO**

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

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 30/01/2023 08:52:44 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **79532615 .**

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. **51726748** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14807258405

(415)7707212489984(8020) 000001480725840 5

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Numero de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 5 3 2 6 1 5	1 9 8 9 0 2 2 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BERMUDEZ	MEDINA	GUSTAVO	ADOLFO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 58 17 33 SEC SAN LUIS

42. Correo electrónico gb3522257@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 8 1 8 0 0 5 8	3 2 1 9 9 9 8 8 2 4

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 9 9	2 0 1 2 0 7 1 6						0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 - 02 - 22 / 14 : 38: 13

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

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

984. Nombre BERMUDEZ MEDINA GUSTAVO ADOLFO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF. 19-01-2023 09:27:20PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

REGIÓN DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

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

FECHA:	2023-01-19	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB	☐	OTRO	☐	CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BERMUDEZ	MEDINA	GUSTAVO	ADOLFO

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	79.532 615	BOGOTA	1989-02-28
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X X NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1970-09-10	BOGOTA	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	3102843011

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 58 # 17 - 33	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL	COLOMBIA	6015336237

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
gbermudezmedina52@gmail.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: N/A		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD: N/A

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA X EMPLEADO SOCIO ☐	HOGAR ☐ COMERCIANTE ☐	PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA..... ☐	CUAL: AUXILIAR EN ENFERMERIA
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO X	IVA SI ☐ NO X	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA: 8699
			ICA SI ☐ NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO X	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO X	AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO X	☐ NO X	ESE Región de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ SERVICIO ☐ SALUD X	# NIT	800006850-3

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICO ☐ FINANCIERO ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Calle 13 No 9-85	(601) 7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR EN ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2023-02-01

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	$ 2.000.000	GASTOS FAMILIARES	$ 600.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 1.000.000
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 2.600.000	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 2.000.000**	TOTAL EGRESOS	**$ 600.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 2.600.000**	TOTAL PASIVOS	**$ 1.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	BIENES Y INMUEBLES	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
PAZ		HUGO	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 65 No 28b-09	BOGOTA	AMIGO	3116529742

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
COOPERATIVA FINANCIERA CONFIAR	AHORROS	430012971	SOACHA	6013077020

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☐ X

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRO ☐ CUAL: N/A

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.):

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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 entregnen 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 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lícitas.
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

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2 Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT
3. Fotocopia Inscripción en el 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 acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a. a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo 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
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 lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9 AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA identificado(a) con Cedula Ciudadania 79532615, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230125	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 30 días del mes de Enero de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: DIANA ALEXANDRA ORTEGA
20978335

CER-AFI

VIGILADO Supersubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BERMUDEZ MEDINA GUSTAVO ADOLFO** identificado(a) con **CC** número **79.532.615** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de enero de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de enero de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20230119235904

Libertad y Orden

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Bermudez	Medina	Gustavo Adolfo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 79532615	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 79532615 D.M 54

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 10 MES 09 AÑO 1970	CALLE 58 - 17 33			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ, D.C.
DEPTO	BOGOTÁ, D.C.	MUNICIPIO	BOGOTÁ, D.C.		
MUNICIPIO	BOGOTÁ, D.C.	TELÉFONO	9412902	EMAIL	gbermudezmedina52@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	12	AÑO	1989

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA 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	3	X			06	2012	79532615

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	SOACHA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
7309230	Día	24	Mes	01	Año	2022	Día	28	Mes	02	Año	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR AREA DE SALUD	ACCIONES EN SALUD PUBLICA	CALLE 13 - 9 85

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	SOACHA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
7309230	Día	05	Mes	11	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR AREA DE SALUD	ACCIONES EN SALUD PUBLICA	CALLE 13 - 9 85

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	SOACHA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
7309230	Día	15	Mes	03	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año	2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR AREA DE SALUD	ACCIONES EN SALUD PUBLICA	CALLE 13 - 9 85

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS	X		SIN DATO

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SIN DATO	SIN DATO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
7309230	Día	16	Mes	09	Año	2020	Día	30	Mes	12	Año	2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	EPIDEMIOLOGIA	CALLE 13 N 10 48

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN CULTURAL Y SOCIAL ESPARZA			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELEFONOS 3175767658	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	16	Mes	05	Año	2016	Día	19	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA PROYECTOS						DIRECCIÓN CARRERA 17 A 2 01					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 306060	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	08	Mes	10	Año	2013	Día	28	Mes	12	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA EPIDEMIOLOGIA						DIRECCIÓN CARRERA 5 N 17 63					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PUBLICA		PRIVADA		PAÍS					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO					
TELEFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO						DIRECCION					

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	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	7

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6. FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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 PUBLICOS 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 Sonchá, 19 de enero de 2023

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

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

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Gustavo Adolfo Bermudez Medina

IDENTIFICADO CON: C C X C E T I No 79532615 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS COLOMBIA DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ D C

DIRECCIÓN CALLE 58 - 17 33 TELÉFONO: 3102843011 9412902

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Bernardo Bermudez Bueno	19082120	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
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$2 900 000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$2 900 000

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
COOPERATIVA FINANCIERA	CUENTA DE AHORROS	430012971	SOACHA	7 000

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
EXITO	tarjeta de credito	300 000
FLAMINGO	TARJETA DE CREDITO	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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 19 de enero 2023
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

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

Soacha, 19 de enero de 2023

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Gustavo Adolfo Bermúdez Medina, identificado(a) con cedula No. 79.532.615 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de Auxiliar de Enfermería, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

_____

C.C. 79.532.615

Soacha, 19 de enero de 2023

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

Yo Gustavo Adolfo Bermúdez Medina, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 79532615 de Bogotá, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

C.C. 79.532.615 de Bogotá

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

ARL AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA

Nº Documento: 79532615 DE BOGOTA

Fecha de Nacimiento: 1 0 / 0 9 / 1 9 7 0

Dirección: CALLE 58 No 17 33

Teléfono. Fijo – Celular: 3 1 0 2 8 4 3 0 1 1

E-mail: gbermudezmedina52mail.com

EPS: COMPENSAR

AFP: PROTECCION

Firma Contratista: _____

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

.....

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

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Fecha deTerminacion del Contrato
GUSTAVO ADOLFO BERMUDES MEDINA	C.C.	79,532,615	04/02/2023	30/06/2023

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 17 de febrero de 2023 a las 10:57:19 a.m.

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

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

Soacha 19 de enero de 2023

Señores:

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA 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:

TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma _____

Nº Documento 79.532.615 de Bogotá

Tarjeta Profesional Nº 79.532.615

Dirección de contacto Calle 58 No 17 33

Teléfono 3102843011

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

Yo, Gustavo Adolfo Bermúdez Medina, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 79.532.615, expedida en Bogotá, 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

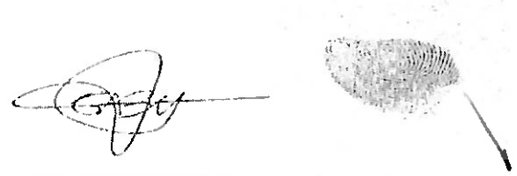
los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su 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.

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

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 19 días del mes de enero de 2023



Firma y huella

Celular No. 3102843011

Correo institucional

La última versión de cada documento será la única valida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: GUSTAVO ADOLFO

Apellidos: BERMUDEZ MEDINA

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

No. 79 532 615

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 09 Año 1970

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	11 MAYO 2021	PFIZER	ET6924	E.S.E. HOSPITAL Mario Gaitán Yanguas ÁREA VACUNACIÓN COVID SOACHA	Juanita Noya F. AUX. DE ENFERMERIA	C.C. 1.233.910.075
	2	02 JUN. 2021	PFIZER	EW0276	E.S.E. HOSPITAL Mario Gaitán Yanguas ÁREA VACUNACIÓN COVID SOACHA	Juanita Noya F. AUX. DE ENFERMERIA	C.C. 1.233.910.075
	1	16 DIC. 2021	ASTRAZENECA	77904	E.S.E. HOSPITAL Mario Gaitán Yanguas ÁREA VACUNACIÓN COVID SOACHA	Vargas Rojas Aux. de Enfermería	C.C. 1022359659

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

Consérvelo

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

- *POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.*

MINSALUD | GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Gustavo Adolfo.

Apellidos: Bermudez Medina

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 79532615

Fecha de Nacimiento: Día. Mes. Año.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampion Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	12 SEP 2020	R3078	R&V
	2			
	3	3 ENE. 2023	233L024B2064	
	4			
	5			
Hepatitis B	1	12 SEP 2020	REVAC-B L. 51B20018A 31/10/2023	R&V
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	12 SEP 2020	U3027 04	R&V
Otras	Influenza U	21/10/21	U3885	Andrea Fons.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	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	10/6/22	USA222003 H1	S.R.N FANNY
Otras				

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: GUSTAVO ADOLFO

Apellidos: BERMUDEZ MEDINA

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 79 532 615

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 04 Año 1970

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

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 22/02/2020 12:10:00 Empresa PARTICULAR 001

Nombre GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA Doc. Identidad CC 79532615

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 IN BODY	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
A[illegible]con restricciones	( )	(X)	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	(X)	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	(X)	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	(X)	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	(X)	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	(X)	( )	( )	( )

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

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

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

1 [illegible]isas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Uso de los elementos de protección personal

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
C C 1030583036

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

Trabajador: GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ
CC 79532615
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

Dirección: CL 12 A # 9 -914 Teléfono: 8822218
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2016@GMAIL.COM

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

VISIOMETRÍA

Fecha examen: 23/01/2023

Doc. Identidad CC 79532615 Nombre GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA Fecha Nacimiento 10/09/1970
Entidad PARTICULAR Edad 52 años Ocupación AUXILIAR DE ENFERMERIA
ITC No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post Incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa CONVENIO PARTICULAR 001 Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA Antigüedad del cargo 11 AN
Fondo de Pensión PROTECCION EPS ARL NO SABE

Último Examen Visual 2 AÑOS Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal (X)
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente (X) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ? NO REFIERE
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ? NO REFIERE, VACUNA COVID 4 DOSIS /2022
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos (X) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Punto Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares: HTA- LOSARTAN , PACIENTE SIN SINTOMAS RELACIONADOS CON COVI. PADRE - HTA . COVID -

	CC VL	CC VP	SC	VL	VP
OD	20/25	20/25		-	-
OI	20/25	20/25		-	-
AO	20/25	20/25		-	-

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD	+050	-300	50°	+200
OI	+150	-450	20°	+200

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival (X) Pterigio N ( )
Pterigio T ( ) Pinguécula ( ) Nevus ( ) Blefaritis ( )
Blefaritis seborreica ( ) Secreción ( ) Leucoma Corneal ( )
Ptosis palpebral ( ) Otros:

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival (X) Pterigio N ( )
Pterigio T ( ) Pinguécula ( ) Nevus ( ) Blefaritis ( )
Blefaritis seborreica ( ) Secreción ( ) Leucoma Corneal ( )
Ptosis palpebral ( ) Otros:

VL: ORTHOFORIA VP: EXOFORIA HIRSHBERG: CENTRADO
Ducciones: NORMAL Versiones: NORMAL PPC: 6 CMS

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. contron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	NORMAL	NORMAL
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	NORMAL	NORMAL

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	(X)	(X)
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )

Otros:

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría (X)

Refracción: -

	Esfera	Cilindro	Eje
OD	-	-	--
OI	-	-	--

Subjetivo: - DP: -

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD	-	--	-	-	-
OI	-	--	-	-	-

H522 ASTIGMATISMO
H524 PRESBICIA

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado
RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE. (MONOGAFAS DE SEGURIDAD)
2. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS POR 5 A 10 MINUTOS.
3. CAMBIO DE LENTES POR DETERIORO

DRA. CLAUDIA H. VELANDIA M.
OPTOMETRA -FUAA
REG. 1373 CTNPO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobada por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo No. 150 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento No. 019 del 07 de Mayo de 2004 expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca (Coordinadora)
Autorización de programas, Acuerdo No. 007 del 6 de Enero de 2005, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SECRETARÍA GENERAL
REGISTRO DE TÍTULOS
DOCUMENTOS VARIOS
FECHA 23 10 2008
FOLIOS 1

CERTIFICA

QUE: *Gustavo Adolfo Bermúdez Medina*

C.C. 79512615 De BOGOTÁ D.C

Cursó y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley.
Con una Intensidad de 1800 horas

Le confiere el certificado de Técnico Laboral

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los 16 días del mes de Octubre de 2008
Anotado en el Folio 1 del libro de Registro de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD
TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo Nº 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento Nº 010 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo Nº 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud

ACTA GENERAL Nº C 22 ACTA INDIVIDUAL Nº C1450

En Soacha (Cundinamarca) el día 16 de Junio del año 2012, se reunieron en el aula Múltiple de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta, la Representante Legal, la Directora General, La Directora Académica y el cuerpo de docentes. Previo lucimiento de rigor se le hizo entrega a:

Gustavo Adolfo Bermúdez Medina

C.C. 79532615 DE BOGOTÁ D.C

Le confiere el Certificado De Técnico Laboral

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de ley.

Para constancia se firma la presente en Soacha (Cundinamarca)
a los 16 Días del mes de Junio del año 2012

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica

Departamento de
CUNDINAMARCA

RESOLUCION No. 25-4613
23-DE OCTUBRE DE 2012

Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de la facultad legales conferidas por las Resoluciones No.8211 del 15 de Julio de 1989 y Decreto 1275 de 1994 modificado por Decreto 1352 de 2000, emanadas del Ministerio de Salud, y Resolución 5268 de 2011 expedida por la Secretaria Departamental de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que **GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No.**79532615 DE BOGOTÁ D.C.**, solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **AUXILIAR EN ENFERMERÍA** según **CERTIFICADO** que le otorgo **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA-SOACHA-CUNDINAMARCA según ACTA GENERAL No.C22-ACTA INDIVIDUAL No.C1450 de fecha 16-DE JUNIO DE 2012.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, va a quedar Registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2°. De la Resolución 8321 de 1989.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional grado **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, conferido a **GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía **No.79532615 DE BOGOTÁ D.C.** según **CERTIFICADO** que le otorgo **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA-SOACHA-CUNDINAMARCA** según **ACTA GENERAL No.C22- ACTA INDIVIDUAL No.C1450 de fecha 16-DE JUNIO DE 2012**

PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a **23-DE OCTUBRE DE 2012**

ADRIANA CAROLINA SERRANO TRUJILLO
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyectó: BLANCA PUENTES
Revisó y Aprobó: Dra. Adriana

4180

Bogotá D.C. 8 ENERO 2013
A la fecha notifiqué personalmente al
señor(a) Gustavo Adolfo Bermudez
CC No. 79.532.615 de
Firma

Resultado General -2023-01-19→8:40:51 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	79532615	GUSTAVO	ADOLFO	BERMUDEZ	MEDINA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA identificado(a) con CC 79532615 registra La siguiente información:

2023-01-19→8:40:51 AMInformación Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012-10-23	4613	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

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

CERTIFICA QUE:

Gustavo Adolfo Bermúdez Medina

Realizó el curso de:

CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con Intensidad Horaria de 12 Horas

SANDRA MILENA DUARTE CASTRO
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisiónoviembre 24, 2022

CUNDINAMARCA
Due Progreso!
EN COMUNICACION

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Gustavo Adolfo Bermúdez Medina

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

Con una intencidad de seis (6) horas.

JORGE HERNANDEZ

CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO

GERENTE

Fecha de Emisión: enero 19, 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Gustavo Adolfo Bermúdez Medina

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: enero 19, 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

E.S.E. HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

O.J. 150421

CONTRATACION
SOACHA – CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3

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

C E R T I F I C A

Que la señora, **GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA ,** identificado con cédula de ciudadanía No. **79.532.615,** ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación

No CONT	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR	ADICION EN VALOR	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
658	16/09/2020	GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS –PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS	6.720.000,00	N/A	6.720.000,00	16-09-2020 HASTA 30-12-2020
484	15/03/2021	GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (SSR), PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC 948-2021, ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS	6.900.000,00	N/A	6.900.000,00	15/03/2021 HASTA 30/06/2021 EN EJECUCUION

1. Identificación y gestión del riesgo a familias nuevas caracterización social y ambiental - Seguimiento en hogar. 2. Identificación y gestión del riesgo a familias Antiguas – actualización de caracterización social y ambiental. 3. Gestión del riesgo a familias abordadas por la estrategia de APS durante los años 2017 a 2019 - Seguimiento telefónico. 4. Jornadas de Vacunación - PAI - convocadas por Ministerio de Salud y Protección Social y/o por la Secretaria de Salud Municipal para el fortalecimiento de la prevención de enfermedades inmunoprevenibles. 5. Acciones de información, educación y comunicación del riesgo, así como búsqueda activa de casos sospechosos (sintomáticos respiratorios) en puntos y zonas priorizadas. 6. Acciones de información, educación y comunicación para usuarios y/o familias COVID-19 Positivo. Seguimientos telefónicos usuarios priorizados por Contingencia COVID 19. 7. Acciones de información y educación para la prevención de enfermedades respiratorias agudas - COVID19 - medidas de protección - distanciamiento físico - uso de tapabocas y lavado de manos. 8. Asistir a las reuniones de asistencias técnicas y preauditorias según cronograma.9. Sistematización bases de datos de los productos realizados. 10. Participar en jornadas, ferias y espacios de sensibilización y/o capacitaciones convocadas. 11. Asistencia a reuniones convocada. 12. Entrega mensual de cronograma de actividades. 13. Las glosas generadas por concepto de inconsistencias relacionadas con falta de veracidad de los soportes, afectan el 100% del valor facturado en el entorno, y no están sujetas a ser levantadas y serán causales de terminación de contrato. las ESE será responsable de realizar procesos legales respectivos y tomar las medidas pertinentes, informando de lo actuado a la Secretaria Municipal de Salud – Dirección de salud pública. 14. El incumplimiento de las características técnicas de los lineamientos operativos, de acuerdo con los atributos de calidad (oportunidad, continuidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad y satisfacción) aplicables al producto, generará una glosa definitiva del 70% sobre el valor facturado por el producto que presente la inconsistencia. Los criterios y atributos de calidad específicos serán definidos en el lineamiento correspondiente a cada actividad. 15. La presentación de soportes con tachones, enmendaduras y/o información inconsistente generará un glosa definitiva del 50% sobre el valor facturado por el producto que presente la inconsistencia.16. El no cumplir con los criterios de calidad en las bases de datos generara una glosa del 1% del valor facturado por el perfil. 17. El pago de las obligaciones contractuales está sujeto al cumplimiento del total de las actividades programadas.18. Las fallas reiterativas en la calidad de los productos serán causal de terminación contractual.19. El contratista velara por la custodia, manejo y cuidado de los equipos y elementos entregados. 20. Organización del archivó Y/o de la custodia de los documentos generados en la operación del PSPIC.

Se expide a solicitud del interesado, a los veinti tres (23) días del mes de Abril de 2021.

YUDY HERNANDEZ ARCINIEGAS
Asesora Juridica
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas

Proyecto: Liz Bello Simbaqueva

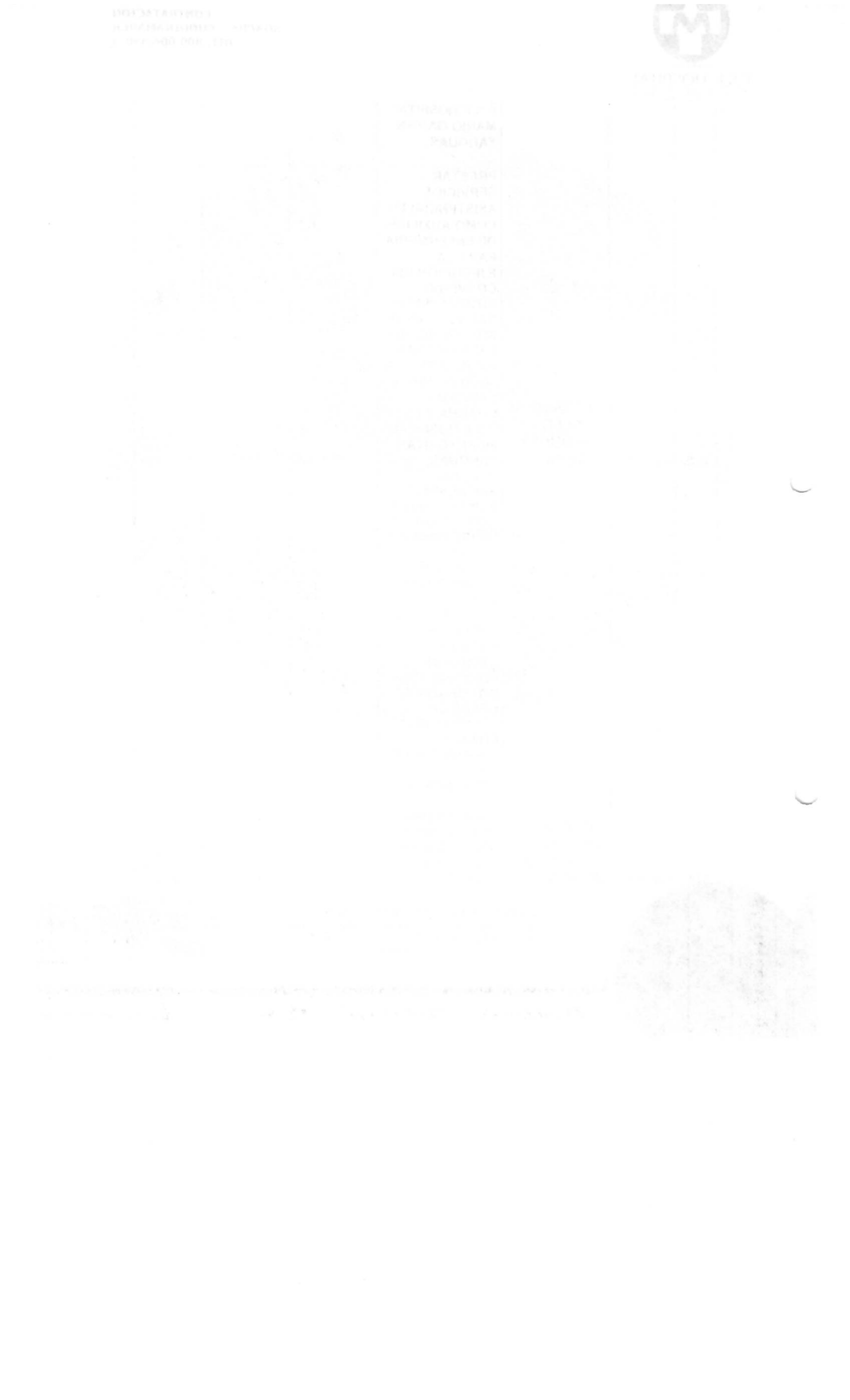
LA OFICINA DE JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL
MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

CERTIFICA

Que la profesional, **GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA** identificada con cédula de ciudadanía No.**79.532.615** suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

No. CONT	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR MENSUAL	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
658	16/09/2020	GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS		$7.550.000	16/09/2020 HASTA 30/12/2020
484	15/03/2021	GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (SSR), PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC 948-2021, ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA		$10.890.000	15/03/2021 HASTA 29/08/2021

			E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS.			
1175	05/11/2021	GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS.	1.980.000	$3.960.000	05/11/2021 HASTA 31/12/2021
518	24/01/2022	GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA SUBGERENCIA COMUNITARIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA DESDE LA SALUD PÚBLICA, EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE USUARIOS DEL PROGRAMA CENTROS DE VIDA DEL	$1.600.000	1.973.331	24/01/2022 HASTA 28/02/2022



			MUNICIPIO DE SOACHA CUNDINAMARCA , ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS.			

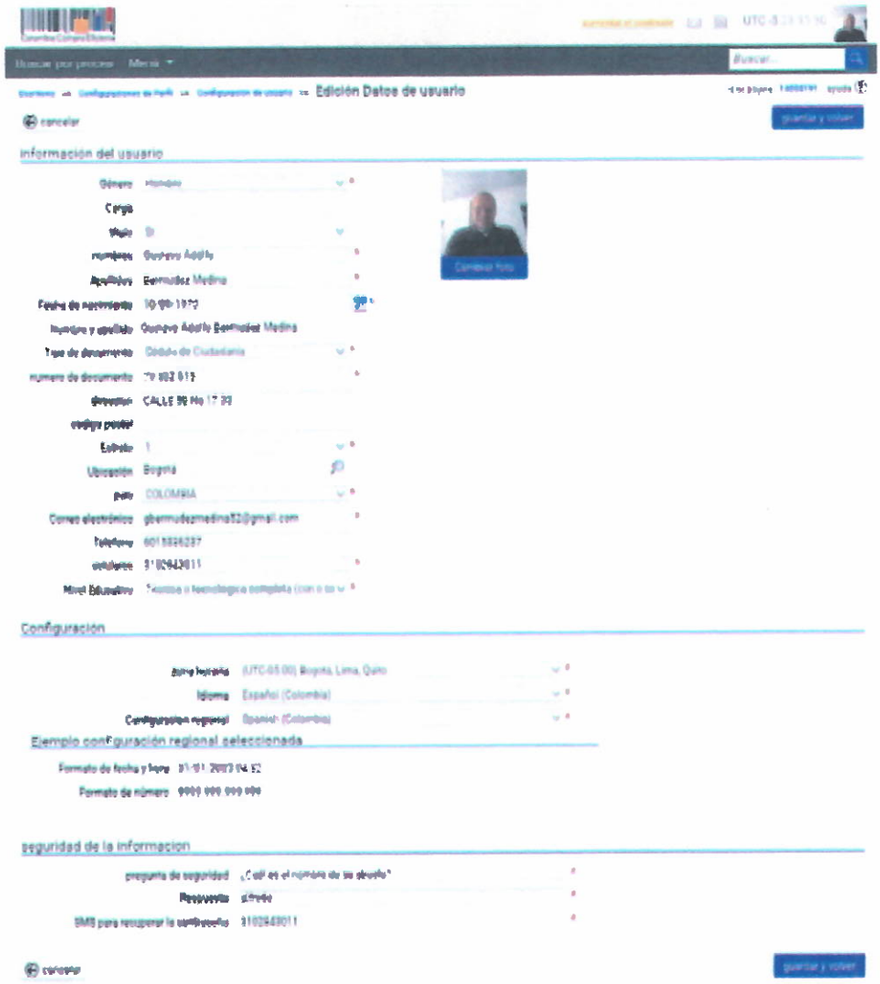
Se expide a solicitud del interesado, a los veintiuno (04) días del mes de febrero de 2022.

YUDY HERNANDEZ ARCINIEGAS
Asesora Jurídica
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas

Proyecto:. Lorena Perdomo Saboya

11:35 61 %

Área p...
ecop.gov.co



nglés español