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: MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ

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

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

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

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

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

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

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ÁNGEL
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
TALENTO HUMANO

Soacha, 30 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: Soacha

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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,



MÓNICA ADRIANA FLÓRZ ALVAREZ
CC. 52465278 DE BOGOTÁ
KR 3 ESTE #19B-34
Email: mofloal79@hotamil.com
Teléfono/ Celular: 3203160006



MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ
CC 52.465.278 de Bogotá
Cra 3 Este 19B 34 Soacha Juan Pablo II
Cel: 3203160006
E-mail: mofloal79@hotmail.com

PERFIL LABORAL

Técnico laboral en auxiliar de Enfermería con experiencia en el sector administrativo, Recepción de información, Validación y verificación de documentos, Servicio al cliente, Manejo básico de herramientas informáticas, Charlas de promoción y prevención de enfermedades y Elaboración de informes. Trabajo en equipo, Manejo de relaciones interpersonales, Recursividad y organización.

EXPERIENCIA LABORAL

2022	**HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS** SOACHA CIUDAD SALUDABLE
2021	**HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS** CONCURRENCIA HIPERTENSION Y DIABETES
2019	**EMPRESA DE SALUD E.S.E DEL MUNICIPIO SOACHA** PIC CUADRNTES SALUDABLES
2017	**HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS** PIC CUADRANTES SALUDABLES
2009	**EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA** PIC CUADRANTES SALUDABLES
2008	**IDIME – INSTITUTO DIAGNOSTICO MEDICO** ATENCION AL USUARIO
2006	**SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA** PLAN DE SALUD MUNICIPAL
2005	**SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA** PAB PLAN DE ATENCION BASICA

FORMACIÓN ACÁDEMICA

2019	**ACTUALIZACION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)** SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
2019	**SEMINARIO DE ACTUALIZACION EN MATERNIDAD SEGURA** SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
2018	**RUTA DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL** ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
2017	**TALLER ACTUALIZACION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)** SECRETARIA SALUD CUNDINAMARCA
2006	**ESTRATEGIA IDENTIFICACION RIESGO AMBITO FAMILIAR** FUNDACION JOSE VICENTE CARO
2005	**ACTUALIZACION TEMAS LACTANCIA MATERNA** SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA

FORMACIÓN ACÁDEMICA

2006	**ACTUALIZACION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)** SENA
2006	**DEBERES Y DERECHOS EN SALUD** SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
2005	**TALLER CUIDADORES** HOGAR DEL ANCIANO SAN RAFAEL
2005	**TALLER DE DETECCION PRECOZ EN CASOS DE LEPRA Y TUBERCULOSIS** SANATORIO AGUA DE DIOS E.S.E
2005	**TERAPIA RESPIRATORIA** ESCUELA DE SALUD FUSDESA
2002	**LABORATORIO CLINICO** ESCUELA DE SALUD FUSDESA
2002	**TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA** CENTRO VOCACIONAL DE SALUD

Referencias y certificaciones a solicitud del interesado.

Firma:



MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ
CC 52.465.278 Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.465.278

FLOREZ ALVAREZ
APELLIDOS

MONICA ADRIANA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-1979

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

09-JUL-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

A-1500116-45149015-F-0052465278-20080705 03699 06186N 02 201766250

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 215124889

WEB
19:14:23

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) MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52465278:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 30 de enero de 2023, a las 19:15:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52465278
Código de Verificación	52465278230130191556

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:17:32 PM horas del 30/01/2023, el ciudadano identificado con
Cédula de Ciudadanía Nº **52465278**
Apellidos y Nombres: **FLOREZ ALVAREZ MONICA ADRIANA**

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.

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 07:25:40 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52465278** .

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. **51803318** . 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

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14695210958

(415)7707212489984(8020) 000001469521095 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
52465278	5	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	52465278	1997 07 09

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	ADRIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Soacha 754

41. Dirección principal: CR 3 ESTE 19 B 34

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
mafla79@hotmail.com		3203160006	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8699	20150621							

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
49																									

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

54. Código

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: 2023-01-30 / 08:21:35

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: FLOREZ ALVAREZ MONICA ADRIANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REGION 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	2023-01-30	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Designado 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 máximo responsable al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y como parte de las Políticas de la Entidad empresadas 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 PCH		OTRO		CUAL:	N/A

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	ADRIANA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/dd)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52.466.278	BOGOTA D.C	1997-07-09

PASAPORTE		OTRO	N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI X	NO

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
1997-07-02	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE X	VIUDO(A)	DOS	DOS	320316[illegible]

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
KR 3 ESTE # 198-34	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	320316[illegible]

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
MOFLOAL79@HOTMAIL.COM	N/A	PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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
RAMIREZ	GARCIA	JHONN	JAIME

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/dd)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	79984719	BOGOTA D.C	[illegible]	

PASAPORTE	OTRO	CUAL: N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	NO X	NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI		SI	NO X	8699	
	NO X		ICA	SI NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE	SI NO X	AGENTE RETENEDOR	SI	AGENTE AUTORETENEDOR	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	TSH Region de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA:	GOBIERNO	SERVICIOS	SALUD X	NIT	[illegible]

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA MINERA TRANSPORTE TECNOLOGIA COMERCIO VETERINARIA

OTRA CUAL:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Código	TH-FTO-45
		Versión	0
		Vigencia	06/07/2022

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CL 13 # 7 - 37	7309230	SUACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2022-10-07

4. SOLO PARA INDEPENDIENTE TIPO EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2,170,000	GASTOS FAMILIARES	1,500,000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 500,000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 3,000,000	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 100,000
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$2,170,000	TOTAL EGRESOS	$2,000,000	TOTAL ACTIVOS	$ 3,000,000	TOTAL PASIVOS	$ 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 Contratante y debe ser localizable en Bogotá Colombia)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SANABRIA	ARENAS	LADY	BRIGUET
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
KR 81 D 43 A 30 SUR	BOGOTA	AMIGA	3133429457

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO CAJA SOCIAL	AHORRO	24691421512	SOACHA	3460000

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 EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN [ ] EXPORTACIONES [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ]

CIIU: N/A

8. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando cumplimiento a lo exigido en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y a las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción" declara a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, bajo la gravedad de juramento, lo siguiente:

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 sustituya, complemente o modifique).
3. No admito 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 sustituya, complemente o modifique) o el Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2011) o cualquier norma que las sustituya, complemente o modifique; ni actividades relacionadas o asociadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA no serán destinados a actividades ilícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, con vez luego conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al TSR Region de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el TSR Region de Salud Soacha, en el caso de infracción de cualquiera de las anteriores o de la veracidad de que por aplicación de normas antilavado con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones que mi encuentro, consignada por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o incompleta que se haya 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 aquí aquí suministrados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariados: 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.
Pensionados: Certificado de pensión o desprendible de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Certificación de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio a prestar de contratos o certificado de ingresos y retenciones o certificado de antecedentes 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.
Todos Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde acredite la calidad de socio + estados financieros de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

REGION DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2023

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 RIL
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150% .
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable, cuando se requiera(si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del último periodo disponible, especificos de acuerdo con las ventas vigentes, certificados por Representante legal con el visto. (Obligados a llevar contabilidad)
APODERADOS: Adjunto poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los contratos de ventas deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, Venta activos, Inmuebles, legales, distribuidor, 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 Y LA PROPIEDAD DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son exigidos atendiendo las disposiciones y recomendaciones 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 las disposiciones en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que brindan la protección de datos personales y que se encuentren 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 no requerirá de una autorización de su titular. (a confirmar por la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán usados para fines comerciales, tales por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con NIT. 900090983-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, cuando dicho término se mencionado por la cuarta Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de celebrar o 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, suministraremos nuestros datos para todas las fases precontractuales y contractuales que comprenda las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y su 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 Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El envío, de solicitud de invitación como contratista, oferta, donación, contrato contractual, Servicio Público, Contratista por OPS y/o prestador 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 contrat. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Contactar 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 , estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios internos 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 tributaria con autoridades extranjeras tributarias por Colombia. m) La protección y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por nuestra Entidad o por las encargadas del tratamiento que ella contratare outsource.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, trasferidos o divulgados para la finalidades mencionadas en 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) Las operadoras 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, empresas de mensajería externa, abogados externos y internos, entre otros. c) Los clientes y contratistas 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 adelanten gestiones de pago efecto de la celebración de contratos de negocios y/o consignen. e) A la DIAN, Fiscalía, 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 E INFORMACION AL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES. Que así mismo me(nos) autorizo(amos) expresamente a nosotros 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 sin han hecho o me hayan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. Tal acontecimiento, no me hace 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 contratista, 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.
DATOS PERSONALES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: Que me identifican las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes. De antemano, me hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012, en especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suprimir los oficiosamente que se hayan recogido sobre mí.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA 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 relacionan en el considerando de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se comparten, transfiere, transmiten, entregues o divulgues, en desarrollo de los previsto en el literal c) 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 DIRECCIÓN FACTURACIÓN, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y menores, de conformidad, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos hayan informados en el presente documento.

DE FIRMA Y HUELLA

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

Nombre Cliente

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ identificado(a) con CC 52465278 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	12/12/2013
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM SOACHA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado (a) en QUIEN, a los 30 días del mes enero del 2023.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

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:

MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.465.278**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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
FLOREZ	ALVAREZ	MONICA ADRIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 52465278	F X M ○	COL. X EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 02 MES 07 AÑO 1979

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 3 E 19 B 34 CASA JUAN PABLO 2

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO 9013650 EMAIL mofloal79@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2000

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	3	X			06	2000	52465278

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 ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	28	*Mes*	08	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESEMUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*	29	*Mes*	07	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESEMUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	03	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SALUD E.S.E DEL MUNICIPIO DE SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	03	*Año* 2019	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38						

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Decreto 1083/15

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7309230	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	11	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC						*DIRECCIÓN* CALLE 13 10 48					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IDIME S.A			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3077171	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	12	*Año*	2008	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION AL USUARIO						*DIRECCIÓN* CALLE 76 13 46					
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 7305500	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	05	*Año*	2008	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 13 7 30					
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 7305500	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2005	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PLAN DE ATENCION BASICA						*DIRECCIÓN* CALLE 13 7 30					

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	9

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DE L ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento *Soacha 30-01-2023*

MONICA JUAREZ

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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 - 30/01/2023

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 52465278 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 3 E 19 B 34 CASA JUAN PABLO 2 TELÉFONO: 3203160006 9013650

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Miguel Alejandro Montoya Flórez	1022423914	HIJO(A)
Gabriela Ramírez Flórez	1142115050	HIJO(A)

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	$2.200.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$2.200.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA DE AHORROS	24089481312	SOACHA PARQUE	100.000

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
COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL TORCOROMA	EDUCACION	1.000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			N°
Jhonn Jaime Ramírez García	C.C. **X**	C.E.	T.I.	79984719

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

MONICA TORRES

CIUDAD YFECHA
SOACHA 30-01-2023

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 talentohumano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 30 de Enero de 2023

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ÁLVAREZ, identificado(a) con cedula No. 52465278 de BOGOTÁ, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: AUXILIAR DE ENFERMERIA, 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,

MONICA FLOREZ

_____

C.C.
52.465.278 DE BOGOTÁ.

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

Soacha, 30 de Enero de 2023

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

Yo MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ÁLAVREZ, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 52.465.278 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,

MONICA FLOREZ

MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ALVAREZ
C.C. No. 52.465.278 de Bogotá

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: SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ÁLVAREZ

Nº Documento: C.C 52.465.278

Fecha de Nacimiento: 2 DE JULIO DE 1979

Dirección: KR 3 ESTE # 19B-34

Teléfono. Fijo – Celular: 3203160006

E-mail: mofloal79@hotmail.com

EPS: FAMISANAR

AFP: PORVENIR

Firma Contratista: Monica Florez

.....

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.

ARL | sura

Medellín, 30 de enero de 2023

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

CERTIFICA:

Que M211NICA ADRIANA FLO FLOREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52465278 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/01/2023 **Fecha fin cobertura:** 30/06/2023

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

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

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3869101 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO, INCLUYE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA, REALIZADAS POR UNIDADES INDEPENDIENTES A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CON INTERNACIÓN, DE LABORATORIOS DE ANÁLISIS DE SANGRE, ASÍ COMO LABORATORIOS DE MEDICINA FORENSE Y LABORATORIOS DE RADIOLOGÍA Y OTROS CENTROS DE DIAGNÓSTICOS POR IMAGEN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3869101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C524652782303070189

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP: 186.84.91.17, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 30/01/2023 7:29 PM

ARL | sura

Medellín, 30 de enero de 2023

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

CERTIFICA:

Que M211NICA ADRIANA FLO FLOREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52465278 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/12/2022 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2022

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS **N800006850**

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

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

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

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

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

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C524652782303070189

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 30/01/2023 7:29 PM

Dirección IP: 186.84.91.17, 192.230.104.4, 172.16.42.57

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

Soacha 30 de Enero de 2023

Señores:

CENTRO VOCACIONAL DE SALUD

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ÁLAVREZ 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 DE AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Mónica Flórez

N° Documento: 52.465.278 DE BOGOTÁ

Tarjeta Profesional: N° 52465278

Dirección de contacto: KR 3 ESTE # 19B-34

Teléfono: 3203160006

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

Yo, MONICA ADRIANA FLÓREZ ÁLVAREZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 52.465.278, 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 ydatos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún casola 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 delusuario 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 solicitudde respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuariode 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 lasolicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberáenterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULANOVENA:** 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 evidencieuna 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 canalesestablecidospara tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedanadelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información queincluya datos personales, daréestricto 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 INFORMACION: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 30 DE ENERO DE 2023



MONICA FLOREZ

Firma y huella

3203160006

Celular No.

Correo institucional

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Monica Adriana

Apellidos: Florez Alvarez

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

No. 52465278

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 07 Año 1979

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
COVID-19	1	04-03-21	Pfizer	EN1195 30-06-21	UMHE Fontibón	Claudia Mahecha	52'960.206 de Bta
	2	25-03 2021	PFIZER	EN1195 30-6-21	UTHE Fontibon	Angelica enciso	52159238 Bogota
		25 NOV 2021	Moderna	ORDUA	USS Kennedy	paula Santamaria	1195235370

ESQUEMA ANTIRRABICO

	Nº DOSIS	Nº DIA	FECHA	FIRMA
POST EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	3		
	3ª	7		
	4ª	14		
	5ª	28		
PRE EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	7		
	3ª	28		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		

OTRAS	Prueba de Tuberculina	1ª Dosis
		2ª Dosis
		3ª Dosis
	Gamaglobulina	
	Suero Antiofídico	
	Suero Antirrábico	

Anotaciones Especiales:

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.
S. A. M. U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Monica Florez

FECHA DE NACIMIENTO 02.07.79 SEXO F

TELEFONO 3203160006

Sv004

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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Monica Adriana

Apellidos: Florez Alvarez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 52465278

Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 07 Año 1979

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m>	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	28 SEP 2005 CRUZ ROJA COLOMBIANA	20604281
	2ª Dosis	28 OCT 2005 CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACION	
	3ª Dosis	17 DIC 2005 YOLANDA C.	
	Refuerzo	12. DIC - 2006 REFUERZO EUBU.	

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Válida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo. Polisacárido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	06 NOV. 2014	024B20110 ABBOTT	
	2	06 DIC. 2014	024B20110/ABBOTT	
	3	10.07.15	024B203110D ABBOTT	
	4	27-01-17	02288 EBUN	
	5	24/06/20	233B1009196 VIANEO.	
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	UNICA	22.04.17	167FUC0302	YENNY BELTRAN
Contra Influenza	UNICA 2019	27.04.19	T3B84IV	ANGELA
Virus de Papiloma Humano			boostrix™ LOT/EXP: AC97B155AA 09-2018	
Dpto	17 MAR 2015			Grant Amos

MEDICENTRAL TEST

MEDICENTRAL TEST S.A.S
NIT: 901498269-1

ANTICUERPOS CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B

NOMBRE: MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ
DOCUMENTO: CC 52465278
EDAD: 42 AÑOS
GENERO: FEMENINO
FECHA NACIEMIENTO: 02/07/1979
SERVICIO: PARTICULAR
TELEFONO: 3203160006

FECHA Y HORA DE INGRESO: 01//07/2022 8:37:25

EXÁMEN: HEPATITIS B AC HBS – ANTI HBS

UNIDADES: 101.4 IU/L
VALIDACION: 01/07/2022 09:42:34
NO REACTIVO: Menor a 10 IU/L
REACTVO: Mayor o igual a 10 IU/L

CONTROL VACUNACIÓN
Menor o igual a 10 Revacunación
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de inmunidad

MÉTODO: Electroquimioluminiscencia

Giovanni M García R.M. 12440

Fecha de entrega: 02/07/2022

Dr ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional
EVALUACION OCUPACIONAL RSSC: 2575453266
Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12700 DE 01/11/2017

Consecutivo: 286



Nombre: MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ

Identificacion: CC 52465278

Empresa: A QUIEN INTERESE

Cargo a desempeñar AUXILIAR DE ENFERMERIA

Edad: 41 Año(s), 8 Mes(es) y 6 Día(s) Fecha nacimiento: 02/07/1979

Examen: INGRESO Fecha: Lunes 8 de Marzo de 2021

Concepto de aptitud

Concepto de Aptitud:	*APTA(O):Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: AUXILIAR DE ENFERMERIA*
Tipo de cargo:	*OPERATIVO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR*
Apoyo diagnóstico:	*Agudeza visual*

RECOMENDACIONES

1. ***Pausas activas/utilizar elementos de protección personal/Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral.***
2. ***Uso de protección solar.***
3. ***Uso de medias de soporte elastico.***
4. ***P.V.E Riesgo Biologico***

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS NI ESPACIOS CONFINADOS.

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (art 4). RES 1918 DE 1995 Y 1735 DE 2035. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO.

VER ANEXO VALORACION OSTEOMUSCULAR AL RESPALDO

Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ
Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017

Monica F Florez

FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 52.465.278 BTA

Este es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación al Teléfono: 7122345 con N° Consecutivo. Custodia HC Ocupacional Cra. 6 # 15A-15 Soacha- Centro

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

Centro Vocacional de Salud

Programa de Auxiliares de Enfermería

Aprobado por la Secretaría de Educación no Formal, según Resolución No. 1998 de Julio de 1.995 y Acuerdo 06 de Julio de 1994 del Ministerio de Salud

Confiere a:

Monica Adriana Florez Alvarez

C.C. No. 52'465.278 de Santafé de Bogotá

Certificado Técnico Laboral de

Auxiliar de Enfermería

Intensidad Horaria Total: 1.840 horas

Directora del Centro

Secretaria

CENTRO VOCACIONAL DE SALUD
AUXILIARES DE ENFERMERIA

Acuerdo 006 Julio /94 Minsalud - Res. No. 1998 Julio/95 Secretaría de Educación

EL CONSEJO DE DIRECCION DEL CENTRO VOCACIONAL DE SALUD
PROGRAMA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
EN SU SESION DEL DIA 31 DE MAYO DEL 2002 ACTA Nº 18
CONSIDERANDO QUE :

Monica Adriana Florez Alvarez

C.C. No. 52'465.278 de Santafé de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por el reglamento tanto teóricos como prácticos, le confiere en nombre de la República de Colombia y por autorización de la Secretaría de Educación no Formal el Certificado Técnico Laboral de:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Y Le Hizo Entrega el Día 21 del Mes de Junio del 2002

En testimonio de lo anterior se firma la presente acta de certificación en la ciudad de Santa fe de Bogotá a los 21 días del mes de Junio del 2002

Lic. EXSA LILIA DE HERNANDEZ
Directora

ALEJANDRA RUIZ SALINAS.
Secretaria

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 3063 DE 2005

(21 JUL. 2005)

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud"

EL SECRETARIO DE SALUD

en uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución 8211 de 15 de julio de 1989, Decreto No.1875 de 1994 y 1352 de 2000, emanadas del Ministerio de Salud, y

C O N S I D E R A N D O

Que **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No.52.465.278 de Santafé de Bogotá, D.C.,** ha solicitado Inscripción para ejercer como **TECNICO LABORAL DE AUXILIAR DE ENFERMERIA,** en el **Departamento de Cundinamarca,** título que le otorgó **EL CENTRO VOCACIONAL DE SALUD, SANTAFE DE BOGOTA, D.C., SEGÚN ACTA No.18, DE FECHA 21 DE JUNIO DE 2002.**

Que **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ,** se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** a Nivel Nacional, mediante Resolución **No.7357, DE FECHA 20 DE AGOSTO DE 2002, EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No.52.465.278 de Santafé de Bogotá, D.C.,** para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** 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.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D. C. a los 21 JUL. 2005

NESTOR AGUDELO VALENCIA
Secretario de Salud

Vo.Bo.Dra.María Isabel Serrano Rangel./ Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos
Patricia Yepes W.

Resultado General -2023-01-30--7:30:41 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	52465278	MONICA	ADRIANA	FLOREZ	ALVAREZ	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) MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ identificado(a) con CC 52465278 registra La siguiente información:

2023-01-30--7:30:41 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2002-08-20	7357	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).

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Monica Adriana Florez Alvarez

Realizó el curso de:

CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una Intensidad Horaria de 12 horas

SANDRA MILENA DUARTE CASTRO
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: febrero 20, 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas de Soacha

CERTIFICA QUE:

monica adriana florez alvarez

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

JORGE HERNANDEZ
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 4, 2022

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

MATIAO OSMAN MATRIOSHKA GRAU

ARCADE 302 CAUCWAY

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

CERTIFICA QUE:

monica adriana florez alvarez

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,82

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión:febrero 22, 2022

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 884 DE 2022

CONTRATANTE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**
CONTRATISTA	**MONICA ADRIANA FLÓREZ ÁLVAREZ**
C.C. o NIT No.	**1.032.377.660**
OBJETO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA SUBGERENCIA COMUNITARIA EN EL DESARROLLO DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO 2241–2022, CUYO OBJETO ES REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.**
VALOR	**OCHO MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL PESOS M/CTE ($ 8.712.000)**
PLAZO	**EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ CONTADO A PARTIR DE SU PERFECCIONAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II Y HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2022.**
RUBRO PRESUPUESTAL	**SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS ACTIVIDADES PIC Y CONCURR**
DISPONIBILIDAD	**1659 DEL 19 DE JULIO DE 2022**

Entre los suscritos **NIRIA JANITH GUERRERO GUERRERO**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. **52.021.091** de Bogotá D.C, actuando como Gerente y Representante Legal Encargada de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA identificada con Nit:800.006.850-3, según Resolución No. 2214 del 30 de junio de 2022, emitida por el Secretario de Salud de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 027 del 18 de julio de 2022, Entidad transformada en **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** , mediante Ordenanza No. 020 del 22 de Marzo de 1996, y 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 a partir 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 jurídica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal quien para los efectos del presente contrato se denomina el CONTRATANTE y por la otra, MÓNICA ADRIANA FLÓREZ ÁLVAREZ, identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1.032.377.660 quien para los efectos del presente contrato se denomina EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA,** presta un servicio de salud, el cual debe ser continuo y permanente. **2)** Que no existe personal en la planta de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA,** que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, y el desarrollo de la actividad requiere un grado de especialización que implica la contratación del servicio, y/o aun existiendo personal en la planta, éste no es suficiente. **3)** Que la Empresa Social del Estado, podrá contratar directamente con la persona natural que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, sin que haya obtenido previamente varias ofertas, cuando se trate de contratos *intuito personae*, esto es en consideración a las calidades personales del CONTRATISTA. **4)** Que El CONTRATISTA reúne las condiciones y calidades para la ejecución del objeto contractual. **5)** Que según lo

consagrado en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993 y el Estatuto de Contratación, el régimen legal aplicable a los contratos de las E.S.E. es el del derecho privado **6)** Que para la suscripción del presente contrato se cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal **No. 1659 DEL 19 DE JULIO DE 2022,** correspondiente al Rubro Presupuestal (**SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS ACTIVIDADES PIC Y CONCURR**) de la vigencia 2022. Que en virtud de lo antes expuesto hemos acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios, que se regulará por lo señalado en el presente clausulado y en las normas que regulan la materia en el derecho privado, en especial el artículo 1602 y subsiguientes del Código Civil Colombiano. Por lo anterior, las partes acuerdan. **CLÁUSULA PRIMERA – OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA SUBGERENCIA COMUNITARIA EN EL DESARROLLO DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO 2241-2022, CUYO OBJETO ES REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD. **CLÁUSULA SEGUNDA - OBLIGACIONES: EL CONTRATISTA** se obliga para con **EL CONTRATANTE** a ejecutar las siguientes actividades, conforme a la necesidad del servicio requerido así: **a) OBLIGACIONES GENERALES: 1)** Entregar al supervisor, informe mensual sobre la ejecución del contrato. **2)** Ejercer el auto control en sus actividades. **3)** Ejecutar integra, efectiva y oportunamente las actividades descritas, contando con los elementos de protección personal y observando las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos y por las autoridades respectivas para el desarrollo de las actividades contratadas. **4)** Cumplir con el objeto del contrato dentro de las mejores condiciones de calidad, eficacia, eficiencia y economía con aplicación específica, estricta y definida en el servicio, de las normas administrativas y asistenciales de la entidad, así como de los reglamentos, manuales, protocolos, guías, procesos, procedimientos y trámites expedidos o adoptados por la entidad para el normal y debido funcionamiento de las actividades requeridas. **5)** Desarrollar en forma personal, autónoma, eficiente y correctamente el objeto del presente contrato, teniendo en cuenta las normas internas de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, con el fin de lograr un eficiente desarrollo del presente contrato. **6)** El CONTRATISTA debe conocer y participar activamente en todas las gestiones adelantas por el contratante, con el fin de coadyuvar el proceso de gestión ambiental. **7)** EL CONTRATISTA deberá junto con el informe mensual de actividades entregar el soporte de pago – ajustado a la normativa vigente - de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión, ARL **8)** Es obligación del CONTRATISTA, responder y velar por el cuidado y debido uso de los bienes del CONTRATANTE, los cuales le sean entregados o de los cuales haga uso para el desarrollo del objeto contractual, así deberá en caso de pérdida o daño a los elementos utilizados responder por el deducible de la póliza que los ampara, si su valor fuera cubierto por ésta, o su valor total en caso de ser su valor menor al deducible. **9)** Informar con una antelación no menor a diez (10) días, su intención de dar por terminada la Orden de Prestación de Servicios, esto con el fin de minimizar la afectación en la prestación del servicio, cuya prestación es permanente e ininterrumpida. **10) EL CONTRATISTA** de forma autónoma e independiente autoriza para que el CONTRATANTE realice la afiliación y desafiliación a la aseguradora de Riesgos Laborales (ARL), durante el término de ejecución contractual. **11) EL CONTRATISTA** que no realice el pago a la aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) dentro del término establecido por la ley, autoriza con la firma del presente contrato para que se descuente del valor facturado cada mes y se pague directamente por EL CONTRATANTE el valor correspondiente junto con los intereses que se llegaren a generar. **12) EL CONTRATISTA** facilitará al **CONTRATANTE** toda la información que le sea solicitada en relación con la ejecución del contrato, colaborará y permitirá el desarrollo de las actividades de control y vigilancia contractual. Igualmente, el contratista actuara activamente con miras a garantizar la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Calidad del CONTRATANTE con enfoque en el Sistema Único de Acreditación y Sistema de Seguridad del Paciente. **13)** Constituir las garantías estipuladas en este contrato si hubiere lugar, cuando el contrato expresamente lo requiera y entregarla dentro de los tres días hábiles siguientes a la suscripción del mismo en la Oficina de Contratación. **14)** Participar activamente en las actividades de socialización de los procesos y procedimientos establecidos por el CONTRATANTE, que se requieran para efectos de cumplimiento del objeto contractual. **15)** Guardar la debida reserva y confidencialidad respecto a la información de que tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del presente contrato. **16)** Propender por el buen nombre institucional, con su actuar ético, propiciando un ambiente institucional de sana convivencia, basado en los valores y principios corporativos. **17)** Cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de Calidad, realizados en desarrollo de las actividades propias al contrato generando acciones de autocontrol, autogestión y mejora continua en la prestación del servicio. **18)** Conocer y participar en el cumplimiento de las metas (productos) establecidas por el **CONTRATANTE** y en el seguimiento de las mismas. **19)** Asumir la supervisión de los contratos que le sean delegados por la Gerencia en virtud de lo contemplado en el Artículo

27 del Acuerdo 001 de 2018 – Control y Supervisión y lo contemplado en el Artículo 25 de la Resolución 097 de 10 de abril de 2018. Manual Interno de Contratación. **20)** Cumplir el Sistema de Gestión de Seguridad en el trabajo de la ESE en lo referente a: Conocer y tener clara la política de Seguridad y Salud en el Trabajo; Informar las condiciones de riesgo detectadas al referente del área o al supervisor del contrato; y reportar inmediatamente todo accidente de trabajo o incidente. **21)** Coadyuvar activamente en el control interno de la entidad. **22)** Revisar y Aprobar la gestion contractual en la Plataforma Transaccional Secop II **23)** El contratista publicara su informe mensual en la Plataforma Transaccional Secop II.**23)** Incluir dentro de los documentos, en el punto 4 DOCUMENTOS DEL PROVEDOR de la Plataforma Secop II al momento de la aceptación del contrato, la garantía de Responsabilidad Civil Profesional (cuando aplique), la cual deberá mantener vigente durante el plazo de la ejecución del contrato. **24)** Ingresar con el usuario y contraseña a la Plataforma Transaccional Secop II, para Aceptar o rechazar (firmar) modificación, adición o prórroga del contrato. **25)** El contratista revisara y Aprobara la gestion contractual en la Plataforma Transaccional Secop II. **26)** Cargar los documentos del contrato, informe de actividades contractuales, planilla del pago de Aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) a la Plataforma Transaccional SECOP II, acorde con los lineamientos y guías de la Agencia Nacional para la Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente **OBLIGACIONES ESPECIFICAS**: 0 **CLÁUSULA TERCERA - OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: EL CONTRATANTE 1)** Se obliga para con el **CONTRATISTA** a) Adoptar las medidas para mantener la ejecución del contrato, las condiciones técnicas, económicas y financieras existentes al momento de contratar. **2)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor de las actividades **3)** Designar al supervisor del contrato de prestación de servicios. **CLÁUSULA CUARTA - VALOR:** El valor del presente contrato es la suma de: **OCHO MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL PESOS M/CTE ($8.712.000) Por lo anterior se establece que el valor mensual del contrato es la suma de DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($2.178.000). CLÁSULA QUINTA - FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE** cancelará al **CONTRATISTA** el valor de las obligaciones del presente contrato mediante cuentas parciales, **PAGADERAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**, una vez suscrita el acta de recibo a satisfacción por parte del Supervisor del Contrato. **PARÁGRAFO 1: EL CONTRATANTE** efectuará las retenciones que en materia de impuestos establezca la ley. **PARÁGRAFO 2: EL CONTRATISTA** deberá acreditar para el pago, el cumplimiento de las obligaciones con el sistema de Salud, Pensión y Riesgos Laborales. **CLÁUSULA SEXTA - SUJECIÓN DE LOS PAGOS A LA APROPIACIÓN PRESUPUESTAL: EL CONTRATANTE**, pagará el gasto que ocasione el presente contrato amparada con la Disponibilidad Presupuestal **No 1659 DEL 19 DE JULIO DE 2022**, y (Rubro Presupuestal: **SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS ACTIVIDADES PIC Y CONCURR**) expedida por el Área de Presupuesto y aprobada por la Subgerencia Administrativa. **CLÁUSULA SÉPTIMA - DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Los siguientes documentos hacen parte integral del presente contrato: **1)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP. **2)** Certificado Registro Presupuestal – CRP. **3)** Solicitud de Personal de OPS - (Formato De Estudios Previo Contrato De Prestacion De Servicios Y Apoyo A La Gestion), donde consta que no existe personal de planta para desarrollar el objeto del contrato. **4)** Los demás documentos que legalmente se requieran para la suscripción del presente contrato (Afiliación a Seguridad Social, hoja de vida, declaración bienes y rentas, fotocopia de la cédula de ciudadanía, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación, antecedentes fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes judiciales, soportes académicos y laborales. **CLÁUSULA OCTAVA - PLAZO DE EJECUCIÓN Y VIGENCIA: EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ CONTADO A PARTIR DE SU PERFECCIONAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II Y HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2022 O HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO DESIGNADO PARA EL MISMO MISMO. PARÁGRAFO PRIMERO**: Por razones de fuerza mayor, caso fortuito o voluntad propia, se podrá suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante un acta en donde conste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: El presente contrato podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración. **CLÁUSULA NOVENA - LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:** El lugar de prestación del servicio será definido por el contratante. **PARÁGRAFO:** En todo caso, y para todos los efectos, el domicilio contractual será la ciudad de Soacha (Cundinamarca). **CLÁUSULA DÉCIMA - CONTROL Y VIGILANCIA:** La vigilancia en el cumplimiento de las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, será ejercida por el Supervisor del Contrato, quien deberá: **a)** Supervisar y controlar el correcto cumplimiento del objeto del presente contrato. **b)** Certificar el cumplimiento de las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA,** para efectos de realizar el pago previsto en el contrato. **c)** Informar oportunamente cualquier anomalía en la ejecución del contrato. **d)** Verificar que **EL CONTRATISTA** se encuentre al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, lo cual deberá acreditarse para la realización de cada pago derivado del presente contrato y para la liquidación, cuando haya lugar a esta. **e)** Expedir las justificaciones técnicas y administrativas, cuando haya lugar a adición, modificación o prórroga. **f)** Las demás que le sean asignadas de acuerdo al Manual Interno de Contratación, y que estén

relacionadas con el presente contrato. **CLÁUSULA DECIMA PRIMERA – SUPERVISOR :** El Gerente de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA,** de acuerdo con lo establecido en el Artículo 27 del Acuerdo 001 de 2018 – Control y Supervisión y lo contemplado en el Artículo 25 de la Resolución 097 de 10 de abril de 2018, Manual Interno de Contratación delegara la supervisión del Contrato a través del personal que para el efecto designe. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - INDEMNIDAD: EL CONTRATISTA** deberá mantener al **CONTRATANTE** indemne y libre de todo reclamo, litigio, acción legal y reivindicación de cualquier clase, incluyendo los perjuicios, daños o lesiones causados a personas o propiedades de terceros por la acción u omisión que se deriven de sus actuaciones en la ejecución del objeto contractual. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA - RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA** será responsable ante las autoridades por las omisiones o actos que desarrolle en el ejercicio de las actividades necesarias para el cumplimiento del presente Contrato, cuando con ellos cause perjuicio a la administración o a terceros. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA – EXENCIÓN DE PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES:** Este contrato no genera vínculo laboral alguno entre **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA,** y El CONTRATISTA solo tendrá derecho a lo pactado en la cláusula quinta de este contrato. **CLAUSULA DECIMA QUINTA - TERMINACIÓN:** El contrato podrá darse por terminado por: a) Por mutuo acuerdo. b) Por incumplimiento por parte del contratista de las obligaciones contraídas en virtud del presente contrato. c) Por fenecimiento del plazo convenido. d) Por extinción del objeto contractual. e) Por caso fortuito o fuerza mayor. PARÁGRAFO: Al momento de la terminación del contrato EL CONTRATISTA, deberá solicitar al supervisor del contrato la certificación que acredite que se encuentra a paz y salvo por concepto de activos fijos, carné, tesorería, facturación, documentación o cualquier otro concepto a que haya lugar. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - LIQUIDACIÓN:** Habrá lugar a la liquidación de este contrato cuando a la terminación del mismo, presente saldos pendientes por reintegrar. De lo contrario el mismo se entendera liquidado automaticamente cuando se haya materializado y ejecutado, el plazo de ejecucion y/o el presupuesto destinado para el mismo. **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA - PENAL PECUNIARIA :** En caso de terminación anticipada del Contrato por causas imputables al **CONTRATISTA. EL CONTRATANTE** exigirá directamente a título de tasación anticipada de perjuicios, el equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del Contrato, que se considerará como pago parcial de los perjuicios que **EL CONTRATANTE** recibirá en dichos casos. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATISTA** autoriza para que esta suma sea descontada de las cuentas que por cualquier concepto le adeude a **EL CONTRATANTE. PARÁGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA** desde la suscripción del presente contrato renuncia a los requerimientos judiciales o privados para constituirlo en mora. **CLÁUSULA DECIMA OCTAVA - RELACIÓN LABORAL:** Para efectos del presente contrato no existirá ningún vínculo laboral entre **EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA** ya que **EL CONTRATISTA** se obliga a realizar las actividades contratadas, entregando resultados inherentes al objeto del contrato, sin que exista horario, subordinación o dependencia, por tanto **EL CONTRATANTE** no estará obligado a pagar sumas de dinero al **CONTRATISTA** por concepto de prestaciones sociales, indemnizaciones y demás Obligaciones. **CLÁUSULA DECIMA NOVENA - ACCIÓN DE REPETICIÓN: EL CONTRATANTE** no asumirá responsabilidad civil contractual ni extracontractual alguna, en caso de que hubiera una deficiente prestación del servicio por parte del **CONTRATISTA. CLÁUSULA VIGÉSIMA - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: EL CONTRATISTA** declara bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente Contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad consagradas en la Constitución y en la Ley, en especial las previstas por las Leyes 610 de 2000 y 734 de 2002 y las señaladas por los artículos 8° y 9° de la Ley 80 de 1993: igualmente se compromete, a que en caso de sobrevenirle alguna inhabilidad, a actuar de acuerdo con lo contemplado en la Ley 80 de 1993. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - CLÁUSULAS EXCEPCIONALES: CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL**: Se regirán por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la Ley 80 de 1993. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - MULTAS:** En caso de incumplimiento parcial o mora o retardo de las obligaciones pactadas en el Contrato, por parte del **CONTRATISTA, EL CONTRATANTE** de acuerdo a la gravedad del incumplimiento con el objeto de conminar al contratista a cumplir con sus obligaciones, impondrá mediante acto administrativo motivado multas de carácter compulsivo diarias y sucesivas en cuantía equivalente entre el uno por ciento (1%) y hasta el diez por ciento (10%) del valor total del Contrato hasta que cese el incumplimiento. **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA - CESIÓN Y SUBCONTRATACIÓN: EL CONTRATISTA** no podrá ceder el Contrato ni los derechos y obligaciones emanadas de este, ni subcontratar total o parcialmente con persona natural o jurídica, sin la autorización expresa y escrita del Gerente de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA- DERECHOS DE AUTOR**: Si **EL CONTRATISTA** producto de su prestación de servicio realiza obra nueva o modifica, crea o adiciona otra o desarrolla el software, derivado de la información entregada por **EL CONTRATANTE,** la obra producto de servicio prestado, los informes o escritos derivados, su contenido, propuesta y estrategia serán propiedad del **CONTRATANTE**, por tanto **EL CONTRATISTA** acepta, reconoce y manifiesta que la propiedad intelectual y derechos de autor desarrollados con ocasión del contrato son

propiedad plena y total del **CONTRATANTE** sin limitación alguna. Que el **EL CONTRATANTE**, tiene todos los derechos y su desarrollo, la reproducción en todas sus modalidades, incluso el derecho de transformación o adaptación, comunicación pública, distribución entre otros y, en general, cualquier tipo de explotación que se pueda realizar por cualquier medio conocido o por conocer. **PARÁGRAFO 1**: Por virtud de este contrato, **EL CONTRATISTA** reconoce que **EL CONTRATANTE** es propietario integral de los derechos de explotación y en consecuencia garantiza que puede contratar y transferir los derechos sin ningún tipo de limitación por no tener ningún tipo de gravamen, limitación o disposición. En todo caso, el contratista responderá por cualquier reclamo que en materia de derecho de autor se pueda presentar, exonerado de cualquier responsabilidad al **CONTRATANTE. PARÁGRAFO 2**: Las disposiciones de la presente cláusula también aplican a todos los informes, trabajos, escritos, oficios y demás documentos que se produzcan como consecuencia de la ejecución del presente contrato. **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - GASTOS:** Los gastos que se ocasionen para la legalización y perfeccionamiento del presente contrato serán sufragados por **EL CONTRATISTA. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Las diferencias o controversias que ocurrieren entre las partes con motivo de la ejecución, terminación y liquidación del contrato, serán solucionadas por cualquiera de los mecanismos de solución de conflictos contemplados en la ley: transacción, conciliación o amigable composición, previo concepto del Comité de Conciliaciones de la Entidad. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA - CASO FORTUITO Y FUERZA MAYOR:** Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana. **CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA - GARANTÍA ÚNICA:** EL CONTRATISTA se compromete a constituir a favor de **EL CONTRATANTE**, la garantía única para los casos que apliquen **CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA - REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, EJECUCIÓN Y LEGALIZACIÓN:** El presente Contrato se entiende perfeccionado con la firma de las partes. De cumplimiento con los requisitos establecidos en la Plataforma Transaccional Secop II y la expedición del registro presupuestal. **CLÁUSULA TRIGÉSIMA - DOMICILIO** Para todos los efectos legales del presente contrato, el domicilio se fija en el Municipio de Soacha – Cundinamarca. **PERFECCIONAMIENTO:** El presente contrato se perfeccionará con la aceptación del contrato a través de la plataforma transaccional SECOP II, para lo cual, previamente las partes deben haber creado usuario en la misma.

El presente contrato se suscribe con la aceptación en la Plataforma Transaccional Secop II.

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

O.J. 171-2020

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

C E R T I F I C A

Que la señora, MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.465.278, ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación.

CONTRATO No.	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR	ADICION EN VALOR	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
528	01/04/2019	MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMARIA PARA "APOYAR LA REALIZACION DE LAS ACCIONES ENMARCADAS EN LAS LINEAS DE ACCION DE PROMOCION DE SALUD Y GESTION DEL RIESGO EN SALUD DE DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN LOS MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA" A TRAVES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CONCURRENCIA ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	9.895.000,00		9.895.000,00	01/04/2019 HASTA 25/08/2019
394	10/01/2020	MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	910.000,00		910.000,00	10/01/2020 HASTA 31/01/2020
Los contratos suscritos se han ejecutado, con total autonomía y con solución de continuidad.							

Se expide a solicitud del interesado, a los Dos (02) días del mes de Junio de 2020.

MIGUEL ÁNGEL LIÑEIRO COLMENARES
Asesor Jurídico
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas

Proyecto: Leticia Vanegas Garcia

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

O.C.590-2018

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

C E R T I F I C A

Que la señora, **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. **52.465.278**, ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

CONTRATO No.	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR	ADICION EN VALOR	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
906	14/11/2017	MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICA AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTE SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2.240.000,00		2.240.000,00	14/11/2017 HASTA 31/12/2017
344	02/01/2018	MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ	PRESTACION SERVICIOS COMO TÉCNICA AUXILIAR ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN L CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA SALUD SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS SOACHA.	7.250.000,00	2.900.000,00	10.150.000,00	02/01/2018 HASTA 31/07/2018
1502	03/09/2018	MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	5.800.000,00		5.800.000,00	03/09/2018 HASTA 30/12/2018
Los contratos suscritos se han ejecutado, con total autonomía y con solución de continuidad.							

Se expide a solicitud del interesado. en Soacha a los Trece (13) días del mes de Noviembre de 2018.

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

Proyecto: Leticia Vanegas Garcia

LA GERENTE DE LA EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA, CON NIT No. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisado los documentos que obran en el archivo de la **EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA**, se encontró que **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ**, Identificada con cedula de ciudanía No. 52.465.278, ha suscrito con la entidad los siguientes contratos **DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS,** así:

- **CONTRATOS SUSCRITOS EN EL AÑO 2019**

No CONTRATO	OBJETO	VALOR CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	FECHA INICIO	ADICIÓN	PRORROGA	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE TERMINACIÓN	ESTADO
157-19	PRESTAR SERTVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFEREMERIA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACION DE ACTIVIDEDES DENTRO DE LA ESTRATEGIA CUADRANTES SALUDABLES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE PROMOCION DE LA SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA	$ 4.350.000	24 DIAS 2 MES	07/03/2019	$0	NO	$4.350.000	31/05/2019	TERMINADO Y LIQUIDADO
354-19	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE PROMOCION DE								

	LA SALUD DENTRO DE LA ESTRATEGIA CUADRANTES SALUDABLES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA DE ACUERDO AL CONTRATO INTERASMIISTRATIVO NO 1918 DE 2019 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA	$9.183.000	9 DÍAS 6 MESES	21/06/2019	$0	NO	$9.183.000	29/12/2019	TERMINADO Y LIQUIDADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Soacha, Cundinamarca a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2019.

KARIN JOHANNA MENDOZA ESPITIA
Gerente
EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA

Vo.Bo	Katerin Gómez Olaya – Asesor Jurídico contrato 284 de 2019 Empresa de Salud E.S.E. del Municipio de Soacha	
Elaboró:	Edisson Steven Párraga Ardila- Profesional Jurídico OPS 387 de 2019.	

LA GERENTE DE LA EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA, CON NIT No. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisado los documentos que obran en el archivo de la **EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA**, se encontró que **MONICA ADRIANA FLOREZ ALVAREZ,** Identificada con cedula de ciudanía No. 52.465.278, ha suscrito con la entidad los siguientes contratos **DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, así:

- **CONTRATOS SUSCRITOS EN EL AÑO 2017**

No CONTRATO	OBJETO	VALOR INICIAL CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	FECHA INICIO	ADICIÓN	PRORROGA	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE TERMINACIÓN	ESTADO
082-17	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DENTRO DE LA ESTRATEGIA CUADRANTES SALUDABLES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA; DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 976 DE 2016, CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA	$ 5.600.000	115 DÍAS	02/01/2017	$ 1.400.000	1 MES	$7.000.000	29/12/2017	TERMINADO Y LIQUIDADO

No CONTRATO	OBJETO	VALOR INICIAL CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	FECHA INICIO	ADICIÓN	PRORROGA	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE TERMINACIÓN	ESTADO
363-17	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DENTRO DE LA ESTRATEGIA CUADRANTE SALUDABLES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO 976 DE 2016 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA DE SALUD E.S.E DEL MUNICIPIO DE SOACHA	$ 1.400.000	30 DÍAS	01/06/2017	0	0	$1.400.000	30/06/2017	TERMINADO Y LIQUIDADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Soacha, Cundinamarca a los veinte (20) días del mes de enero de 2020.

KARIN JOHANNA MENDOZA ESPITIA
Gerente
EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA

Vo.Bo	Katenn Gómez Olaya – Asesor Jurídico contrato 001 de 2020 Empresa de Salud E.S.E. del Municipio de Soacha	
Elaboró:	Edisson Steven Párraga Ardila- Profesional Jurídico OPS 001 de 2020.	

LA GERENCIA DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO DEL

INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO

IDIME S.A.

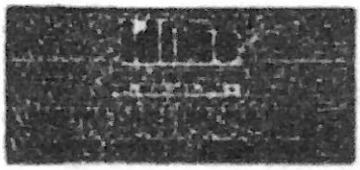
NIT. 800065396-2

CERTIFICA QUE:

El(a) señor(a) **FLÓREZ ÁLVAREZ MÓNICA ADRIANA**, identificado(a) con Cédula Ciudadanía No. 52465278, Laboró con nosotros desde el 09 de diciembre de 2008 hasta el 01 de agosto de 2009 con Contrato a Término **INDEFINIDO**; desempeñando el cargo de **AUXILIAR**, apoyando el área de **ATENCIÓN AL USUARIO**, con causal de retiro **VOLUNTARIO**.

En constancia se firma en Bogotá 29 de septiembre de 2017

Cordialmente,



Martha Isabel Diaz R.

MARTHA ISABEL DIAZ RODRIGUEZ
Gerente Gestión de Talento Humano

SOACHA
Juntos Formando Ciudad

COAJ – 672

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA

CERTIFICA

Que, revisado el archivo de la Oficina Asesora Jurídica de la Alcaldía Municipal de Soacha, con Nit. 800.094.755-7, se verificó que él (la) Señor (a) **MÓNICA ADRIANA FLORES ÁLVAREZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 52.465.278 expedida en Bogotá. Suscribió los siguientes contratos:

1. Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo **Nº 253** de fecha Doce (12) de Mayo de 2008.

Objeto: *"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO LA GESTIÓN MISIONAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, EJECUTANDO LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL ROL DE SU PROFESIÓN, QUE SE REQUIERAN EN EL PROYECTO "REDUCCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES PREVALENTE DE LA INFANCIA Y LA MORTALIDAD INFANTIL" DEL PLAN DE SALUD MUNICIPAL VIGENCIA 2008, DE LA SECRETARÍA DE SALUD ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA".*

Valor Contratado: Un Millón Quinientos Mil Pesos M/Cte. *($1.500.000.00)*.

Plazo de Ejecución: Un (01) Mes y Veinte (20) días.

Fecha de iniciación: Doce (12) de Mayo de 2008.

Fecha de Terminación: Treinta (30) de junio de 2008.

Obligaciones Específicas: 1. Apoyar la realización de vacunación extramural casa a casa y por concentración con rotación en puntos móviles. 2. Apoyar las jornadas y eventos generales de vacunación. 3. Apoyar el manejo de la red de frio, la distribución y supervisión de terreno y el manejo del sistema de información. 4 Apoyar en la implementación de las regallas de seguimiento, control y evaluación de coberturas mensuales. 5. Apoyar en la capacitación y actualización del talento humano de las IPS públicas y privadas responsables del PAI municipal. 6. Apoyar y participar en reuniones con prestadores, aseguradores, autoridades locales, sector comunitario, etc. Para la implementación de estrategias para el logro de coberturas útiles de vacunación. 7. Participar en la elaboración e implementación de estrategias de información y comunicación relacionadas con el PAI y realizar actividades de seguimiento y control. 8. Realizar todas las actividades necesarias para el cumplimiento del Plan Municipal de Salud Publica vigencia 2008.

2. Contrato de Prestacion de Servicios **Nº 488** de fecha Treinta y Uno (31) de julio de 2008.

Objeto: *"PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EJECUTANDO LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL ROL DE SU OFICIO QUE SE REQUIERAN EN EL PROYECTO GESTÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN NACIOONAL DE SALUD PÚBLICA DEL PLAN DE INTERVENCION COLECTIVA 2008 DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA.*

Valor Contratado: Cuatro Millones Quinientos Mil Pesos M/Cte. *($4'500.000.00).*

Plazo de Ejecución: Cinco (05) Meses.

Fecha de iniciación: Primero (01) de Agosto de 2008.

Fecha de Terminación: Veinta y Uno (31) de Diciembre de 2008.

Obligaciones Especificas: 1. Apoyar las jornadas de vacunación extramural casa a casa y por concertación con rotación de puntos móviles. 2. Apoyar las jornadas y eventos generales de vacunación. 3. Apoyar el manejo de la red de frio, la distribución y supervisión de terreno y el manejo del sistema de información. 4. Apoyar en la implementación de estrategias de seguimiento, control y evaluación de coberturas mensuales. 5. Apoyar en la capacitación y actualización del talento humano de las IPS públicas y privadas responsables del PAI municipal. 6. Apoyar y participar en reuniones con prestadores, aseguradores, autoridades locales sector comunitario. etc. para la Implementación de estrategias para el logro de coberturas útiles de vacunación. 7. Participar en la elaboración e implementación de estrategias de información y comunicación relacionadas con el PAI y realizar actividades de seguimiento y control. 8. Vacunar domiciliariamente los esquemas mensuales individuales que como meta establezca la Dirección de Salud Pública. 9. Realizar visitas de vigilancia epidemiológica de acuerdo a la demanda semanal. 10. Realizar todas las actividades necesarias para el cumplimiento del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC 2008).

La anterior certificación se expide a solicitud del interesado, a los Veintisiete (27) días del mes de Octubre de 2017.

MAGDA JOHANA CÓRDOBA CUÁRAN
Jefe Oficina Asesora Jurídica

La anterior información fue tomada de la Carpeta Contractual Original que reposa en el archivo de esta Oficina
Elaboro y Proyecto: Carlos Lara - Profesional Universitario OAJ

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	Auxiliar de enfermeria
Título	Sra.
Nombre	Monica Adriana
Apellidos	Florez Alvarez
Fecha de Nacimiento	2/07/1979 *((UTC 05:00) Bogota, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	Monica Adriana Florez Alvarez
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	52465278
Dirección	Carrera 3 este # 19B - 34
Código postal	
Estrato	
Ubicación	bogota
País	COLOMBIA
Correo electrónico	mofloal79@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3203160006
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	flaca
SMS para recuperar la contraseña	3203160006

Editar