Floridablanca, 26 DE ABRIL DEL 2023

Señores:
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA
Correo: contratacion@hospiflorida.gov.co

Asunto: Presentación Oferta de Servicios

De manera atenta me permito presentar a su consideración la oferta de prestación de servicios profesionales en los siguientes términos:

Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ASESORÍA, ACOMPAÑAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA".

Valor: TREINTA MILLONES CUATROCIENTOS MIL DE PESOS M/CTE ($30.400.000,oo).

Plazo de ejecución: El plazo de ejecución será contado a partir de la suscripción del acta de inicio hasta el 31 de diciembre de 2023, previo cumplimiento de los requisitos de ejecución y perfeccionamiento.

Actividades a desarrollar:

1. Realizar la planeación estratégica del SGSST (Políticas, objetivos, indicadores, metas, presupuesto, etc).
2. Elaborar y poner en marcha la verificación y aseguramiento del SGSST de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.
3. Realizar Seguimiento a la efectividad y suficiencia del SG-SST en la institución.
4. Gestionar y apoyar con la implementación del SG-SST en el área asistencial y administrativa y los demás procesos de la entidad hospitalaria.
5. Verificar el cumplimiento de los programas y planes establecidos del SG-SST en la ESE.
6. Realizar Medición y seguimiento a indicadores del SGSST y retroalimentar semestralmente su cumplimiento.
7. Mantener actualizada la documentación del SGSST de la ESE.
8. Apoyar en la implementación del plan de emergencias de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.
9. Apoyar la evaluación de responsabilidades en SST.
10. Recolectar, organizar y entregar los datos para el análisis de los indicadores del SST: ausentismo, morbilidad, mortalidad, accidentalidad laboral, enfermedad laboral, capacitación y demás requeridos para el seguimiento del SGSST, tanto de funcionarios como contratistas de la institución.

11. Apoyar y participar en los comités establecidos para el seguimiento de los SGSST: copasst, COCOLA, Covid, infecciones y demás establecidos dentro del SGSST en la entidad hospitalaria.

12. Apoyar y asistir a las capacitaciones y entrenamientos del Plan anual de capacitación del SGSST.

13. Apoyar la ejecución de las actividades a realizar por las empresas contratistas para los contratistas que prestan sus servicios dentro de las instalaciones de la ESE.

14. Socializar información en SST a las diferentes áreas administrativas, asistenciales y operativas de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.

15. Las demás actividades que sean asignadas para la correcta ejecución del objeto contractual, acordes con el área de desempeño.

Obrando en nombre propio, expreso mi voluntad de prestar mis servicios a la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, y bajo la gravedad de juramento manifiesto que no estoy incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades previstas en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley 80 de 1.993, en especial en el artículo 18 de la Ley 1150 de 2.007 y artículo 90 de la Ley 1474 de 2.011 y en las demás normas que la modifiquen o adicionen en cuanto sean pertinentes.

De igual manera manifiesto, que la información registrada y entregada con sus respectivos soportes para el futuro proceso de contratación, son auténticos y corresponden a mi experiencia laboral y académica, así mismo autorizo a la entidad para procesar, solicitar, divulgar, corroborar y obtener de cualquier fuente que realice las consultas, toda la información y referencias relativas a mi persona ante las entidades correspondientes y a cualquier otra entidad que maneje base de datos, conforme a la Ley 1581 de 2012.

Adicional, manifiesto que he leído los documentos que soportan la futura contratación como son los estudios previos y demás documentación, encontrándome habilitado conforme al perfil que se requiere y hago la siguiente declaración:

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.

- Algún familiar suyo fue o es funcionario de la Entidad Si (__) No (_X_), si su respuesta es afirmativa, relacione: _____

- Si su respuesta es afirmativa indique que tipo de parentesco tiene con Usted: _____

- Si su familiar fue funcionario de esta Entidad, indique si fue: Directivo (__) Asesor (__) Profesional (__) otro: _____

- Se encuentra afiliado y al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, de acuerdo con el Decreto 1273 de 2018 si (X) no (__).

Por último, por políticas de transparencia de la entidad, me permito manifestar mis siguientes compromisos:

1. El proponente se compromete a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
2. El proponente se compromete a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
3. El proponente se compromete a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
4. El proponente se compromete a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
5. El proponente se compromete a ceder el contrato si llegare a sobrevenir una inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, previa autorización escrita del Hospital de Floridablanca, y si ello no fuere posible renunciaré a la ejecución del mismo, de conformidad con lo previsto en el artículo 9° de la Ley 80 de 1993.
6. El proponente se compromete a desarrollar todas sus actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente contrato.
7. El proponente se compromete a suministrar al Hospital de Floridablanca, cualquier información sobre actos de corrupción, soborno, subjetividad, presión o favorecimiento en el desarrollo del proceso contractual, del que tenga o llegare a tener conocimiento.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: FLOR ALBA FONSECA DULCEY
CC. N° 37.548.803
Dirección: Calle 197 27c75 Piso 3
Teléfono: 3162872966
Correo electrónico: floralbaf@yahoo.es

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
JAIME ALBERTO HERNÁNDEZ SUÁREZ Asesor Jurídico Contratación	MARGARITA MARIA PINTO DIAZ Contratista Calidad	MARGARITA MARIA PINTO DIAZ Contratista Calidad

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	22 Febrero de 2.023	08 Marzo de 2.023	Emisión inicial para el proceso de jurídica y contratación

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 37548803

FONSECA DULCEY
APELLIDOS

FLOR ALBA
NOMBRES

Flor Alba Fonseca Dulcey
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1977
ONZAGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

B+
G.S RH

F
SEXO

06-MAY-1996 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2700100-59085561-F-0037548803-20010530 0501801149C 01 095982552

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
FONSECA	DULCEY	FLOR ALBA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 37548803	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 01 MES 10 AÑO 1977	CALLE 196 C 28 21 apartamento 1 recreo			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	FLORIDABLANCA		
MUNICIPIO	ONZAGA	TELÉFONO		EMAIL	floralbaf@yahoo.es

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	1999

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	
POSTGRADO	2		X	ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES , SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			Licencia 00138 de 2018
PREGRADO	10	X		INGENIERIA AMBIENTAL	11	2011	68834-255933

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
ESPAÑOL			X			X			X

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 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA		*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	*DEPENDENCIA* AREA SEGURIDAD Y SALUD EN EL T					*DIRECCIÓN* 8 - 3 30					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA		*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	*DEPENDENCIA* AREA SEGURIDAD Y SALUD EN EL T					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 - 3 30					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA		*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	*DEPENDENCIA* AREA SEGURIDAD Y SALUD EN EL T					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 - 3 30					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA		*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	*DEPENDENCIA* AREA SEGURIDAD Y SALUD EN EL T					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 - 3 30					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA		*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6700080	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	08	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	*DEPENDENCIA* AREA SEGURIDAD Y SALUD EN EL T					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 - 3 30					

6

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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						

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Floridablanca, abril 26 de 2023

Juan Abel Fonseca

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia
y en su nombre el

Centro Educativo Cajasan

Bucaramanga - Santander

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental según
Resolución No. 0654 del 16 de junio de 1997,

Confiere a

Flor Alba Fonseca Vulcey

Identificado(a) con CC No. 37.548.803 Expedida en Bucaramanga

El Título de

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Centro Educativo.

Rector, Secretario,

CENTRO EDUCATIVO CAJASAN

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 1 Folio No. 282 Diploma No. 6[illegible]

Dado en Bucaramanga, a 2 de [illegible] de 199[illegible]

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

EL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA PAZ

Creado mediante decreto ordenanzal No. 0331 de 1987 de la Gobernación de Santander

En atención a que:

Flor Alba Fonseca Dulcey

C.C. 37.548.803 de Bucaramanga

Ha cumplido con las normas legales y con los requisitos académicos exigidos por el Instituto, con los derechos, obligaciones y prerrogativas correspondientes, le confiere el título de

Ingeniera Ambiental y de Saneamiento

Se expide el presente diploma en Barrancabermeja el 30 *de* Agosto *de* 2012

RECTOR

DIRECTOR DE ESCUELA

SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 142 *DEL LIBRO No.* I-INP

REGISTRO No. SGR-11690-08-12



UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Flor Alba Fonseca Dulcey

CC No. 37 548 803

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución, la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Especialista en Gerencia en Riesgos Laborales, Seguridad y Salud en El Trabajo

En testimonio se firma y sella este diploma

Consejo de Fundadores

Rector General

Rector UNID

Secretario General

SECRETARIA GENERAL

República de Colombia

Gobernación de Santander	RESOLUCION	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCION NÚMERO - 00138 **DE 2018**

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARÍO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **FLOR ALBA FONSECA DULCEY** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 37548803 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **FLOR ALBA FONSECA DULCEY**. - INGENIERA AMBIENTAL Y DE SANEAMIENTO - ESPECIALISTA EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 37548803, en las áreas de Ingeniería Ambiental y de Saneamiento en Seguridad y Salud en el trabajo, Higiene y Seguridad Industrial, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 09 ENE 2019

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario de Salud Departamental

Revisó: Víctor Guillermo Taboada – Coordinador Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Elizabeth Caballero Zabala – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.



Libertad y Orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

FLOR ALBA FONSECA DULCEY

Con Cédula de Ciudadanía No. 37548803

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Girón, a los veintiún (21) días del mes de agosto de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
CLAUDIA CELINA MARIN ARIZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CLAUDIA CELINA MARIN ARIZA
SUBDIRECTORA
CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL
REGIONAL SANTANDER

54018845 - 21/08/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9224001725555CC37548803C.

UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Educación de calidad al alcance de todos

Centro Regional Bucaramanga

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Resolución No. 10345 del 1 de agosto 1992 del Ministerio de Educación Nacional

Certifica que:

Flor Alba Fonseca Dulcey

Cursó y aprobó de forma satisfactoria todos los requisitos del

DIPLOMADO EN PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN ASOCIADO AL SGSST

Con duración de 384 horas. En testimonio de lo cual se expide el presente en la ciudad de Bucaramanga a los 09 días del mes de julio de 2018

Mg. Néstor Omar Herrera Herrera
Director Académico

Mg. Gissela Viviana Beltrán Pérez
Coord. Admisiones y Registro

AC 100 – 09 – 07 - 2018

A.S.S.

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Al señor(a)

FLOR ALBA FONSECA DULCEY

Con Cédula de ciudadanía Nº 37548803

Codigo Interno A.S.S – TSA No. 9599

Asistio y aprobó el Curso

COORDINADOR PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Con una duración de

80 Horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en **Bucaramanga – Santander**, a los **ocho** (8) días del mes de **julio** de **dos mil dieciocho** (2018)

FABIAN GIOVANNY PINEDA TORRES
Entrenador Trabajo Seguro en Alturas
Licencia S.O. No. 04729 de 01/04/2011

CESAR IVAN MARTINEZ
Director Operativo

Este certificado se expide bajo la autorización Nº 08SE2018220000000014110 expedida por el Ministerio de Trabajo
Licencia en Salud Ocupacional 12779 de 7 de septiembre de 2010

A.S.S LTDA: 7-6832420 / 6953714 / Ext 15
coordinaciondeservicios@aseguridad.co

POLITICA DE AUTENTICIDAD: Recuerde que es responsabilidad del empresario verificar la autenticidad de este documento. Ayúdenos a evitar el fraude, contamos con las evidencias del proceso de formación de esta persona


REPUBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA
COPNIA
MATRICULA PROFESIONAL No.
68834-255933 STD
INGENIERA AMBIENTAL Y DE SANEAMIENTO
DE FECHA 18/07/2013
FLOR ALBA
FONSECA DULCEY
C.C. 37548803
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA PAZ
PRESIDENTE DEL CONSEJO

Señales Ltda.

Este es un documento público expedido en virtud de la Ley 842 de 2003, que autoriza a su titular para ejercer como Ingeniero en todo el Territorio Nacional.

En caso de extravío debe ser remitida al COPNIA.

Calle 78 No. 9 - 57 Oficina 1301 Tel.: 636 5364 Bogotá D.C.
01 8000 116590

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2023-1981681

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA
COPNIA

EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que FLOR ALBA FONSECA DULCEY, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 37548803, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA AMBIENTAL Y DE SANEAMIENTO con MATRICULA PROFESIONAL 68834-255933 desde el 18 de Julio de 2013, otorgado(a) mediante Resolución Nacional 1350.

2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los veintitres (23) días del mes de Abril del año dos mil veintitres (2023).

Rubén Dario Ochoa Arbeláez

Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado
El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.
Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

LA SUSCRITA

SUBGERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS FLORIDABLANCA

CERTIFICA:

Que, **FLOR ALBA FONSECA DULCEY**, identificado con cedula de Ciudadanía Nro. 37.548.803 de Bucaramanga-Santander, celebro los contratos que se relacionan a continuación:

CONTRATO No:	**108 -2020**
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO AL SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA
VALOR DEL CONTRATO:	$ 9.333.333
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:	10 de agosto del 2020
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	31 de diciembre del 2020
ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL:	1. Asesorar, resolver y conceptualizar consultas que en riesgos profesionales le formule la Gerencia y demás dependencias de la ESE, en asuntos relacionados con la misión institucional de su competencia. 2. Proyectar y revisar los actos administrativos y documentos que se deban expedir y/o relacionados con la competencia de la Gerencia, desde el punto de vista de [os riesgos laborales, seguridad y salud en el trabajo. 3. Brindar asesoría y apoyo cuando se requiera en [a revisión de los diferentes documentos propios de su competencia. 4. Divulgar toda la información en relación al tema que apoya del riesgo laboral y seguridad en salud de interés para la gerencia. 5. Estudiar, analizar y conceptualizar sobre la aplicación de normas y la revisión de los actos administrativos desde el punto de vista del riesgo laboral y seguridad en salud que competan a la Gerencia. 6. Resolver por solicitud del Despacho del Gerente, de las diferencias que en materia de interpretación legal pudieren presentarse entre las dependencias de la entidad, con el fin de establecer unidad de criterio relacionados con el riesgo laboral y se Asesorar en la elaboración, ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento que deba formular la entidad, de acuerdo a las competencias de la Gerencia, relacionados el riesgo laboral y seguridad en salud. 7. Asesorar en la elaboración, ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento que deba formular la entidad, de acuerdo a las competencias de la Gerencia, relacionados el riesgo laboral y seguridad en salud. 8. Asesorar a las demás dependencias de [a entidad de acuerdo a las instrucciones impartidas y coordinadas, de competencia de la Gerencia, desde el punto de vista del riesgo laboral y seguridad en salud, principalmente para unificación de criterios. 9. Participar en los comités que requiera el Gerente, propios de la entidad, para el asesoramiento en materia del riesgo laboral y seguridad en salud legal. 10. Las demás que requiera la Gerencia con los asuntos de su competencia. 11. Las demás propias del objeto.
ESTADO DEL CONTRATO:	Cumplió con las obligaciones pactadas dentro del contrato, según informe de supervisor.

CONTRATO No:	**021 -2021**
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO AL SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA
VALOR DEL CONTRATO:	$ 3.500.000
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:	04 de enero del 2021
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	15 de febrero del 2021

ADICIONAL No 01	Desde el 16 de febrero al 28 de febrero de 2021
VALOR ADICIONAL No 01	$1.250.000
ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL:	1. Asesorar, resolver y conceptualizar consultas que en riesgos profesionales le formule la Gerencia y demás dependencias de la ESE, en asuntos relacionados con la misión institucional de su competencia. 2. Proyectar y revisar los actos administrativos y documentos que se deban expedir y/o relacionados con la competencia de la Gerencia, desde el punto de vista de [os riesgos laborales, seguridad y salud en el trabajo. 3. Brindar asesoría y apoyo cuando se requiera en [a revisión de los diferentes documentos propios de su competencia. 4. Divulgar toda la información en relación al tema que apoya del riesgo laboral y seguridad en salud de interés para la gerencia. 5. Estudiar, analizar y conceptualizar sobre la aplicación de normas y la revisión de los actos administrativos desde el punto de vista del riesgo laboral y seguridad en salud que competan a la Gerencia. 6. Resolver por solicitud del Despacho del Gerente, de las diferencias que en materia de interpretación legal pudieren presentarse entre las dependencias de la entidad, con el fin de establecer unidad de criterio relacionados con el riesgo laboral y se Asesorar en la elaboración, ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento que deba formular la entidad, de acuerdo a las competencias de la Gerencia, relacionados el riesgo laboral y seguridad en salud. 7. Asesorar en la elaboración, ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento que deba formular la entidad, de acuerdo a las competencias de la Gerencia, relacionados el riesgo laboral y seguridad en salud. 8. Asesorar a las demás dependencias de [a entidad de acuerdo a las instrucciones impartidas y coordinadas, de competencia de la Gerencia, desde el punto de vista del riesgo laboral y seguridad en salud, principalmente para unificación de criterios. 9. Participar en los comités que requiera el Gerente, propios de la entidad, para el asesoramiento en materia del riesgo laboral y seguridad en salud legal. 10. Las demás que requiera la Gerencia con los asuntos de su competencia. 11. Las demás propias del objeto.
ESTADO DEL CONTRATO:	Cumplió con las obligaciones pactadas dentro del contrato, según informe de supervisor.

CONTRATO No:	**064 -2021**
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO AL SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA
VALOR DEL CONTRATO:	$ 25.750.000
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:	01 de marzo del 2021
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	31 de diciembre del 2021
ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL:	1. Asesorar, resolver y conceptualizar consultas que en riesgos profesionales le formule la Gerencia y demás dependencias de la ESE, en asuntos relacionados con la misión institucional de su competencia. 2. Proyectar y revisar los actos administrativos y documentos que se deban expedir y/o relacionados con la competencia de la Gerencia, desde el punto de vista de [os riesgos laborales, seguridad y salud en el trabajo. 3. Brindar asesoria y apoyo cuando se requiera en [a revisión de los diferentes documentos propios de su competencia. 4. Divulgar toda la información en relación al tema que apoya del riesgo laboral y seguridad en salud de interés para la gerencia. 5. Estudiar, analizar y conceptualizar sobre la aplicación de normas y la revisión de los actos administrativos desde el punto de vista del riesgo laboral y seguridad en salud que competan a la Gerencia. 6. Resolver por solicitud del Despacho del Gerente, de las diferencias que en materia de interpretación legal pudieren presentarse entre las dependencias de la entidad, con el fin de establecer unidad de criterio relacionados con el riesgo laboral y se Asesorar en la elaboración,

	ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento que deba formular la entidad, de acuerdo a las competencias de la Gerencia, relacionados el riesgo laboral y seguridad en salud. 7. Asesorar en la elaboración, ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento que deba formular la entidad, de acuerdo a las competencias de la Gerencia, relacionados el riesgo laboral y seguridad en salud. 8. Asesorar a las demás dependencias de la entidad de acuerdo a las instrucciones impartidas y coordinadas, de competencia de la Gerencia, desde el punto de vista del riesgo laboral y seguridad en salud, principalmente para unificación de criterios. 9. Participar en los comités que requiera el Gerente, propios de la entidad, para el asesoramiento en materia del riesgo laboral y seguridad en salud legal. 10. Las demás que requiera la Gerencia con los asuntos de su competencia. 11. Las demás propias del objeto.
ESTADO DEL CONTRATO:	Cumplió con las obligaciones pactadas dentro del contrato, según informe de supervisor.

CONTRATO No:	**014 -2022**
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ASESORIA, ACOMPAÑAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA.
VALOR DEL CONTRATO:	$ 14.000.000
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:	01 de enero del 2022
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	30 de abril del 2022
ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL:	1. Realizar la planeación estratégica del SGSST (Políticas, objetivos, indicadores, metas, presupuesto, etc). 2. Elaborar y poner en marcha la verificación y aseguramiento del SGSST de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca. 3. Realizar Seguimiento a la efectividad y suficiencia del SG-SST en la institución. 4. Gestionar y apoyar con la implementación del SG-SST en el área asistencial y administrativa y los demás procesos de la entidad hospitalaria. 5. Verificar el cumplimiento de los programas y planes establecidos del SG-SST en la ESE. 6. Realizar Medición y seguimiento a indicadores del SGSST y retroalimentar semestralmente su cumplimiento. 7. Mantener actualizada la documentación del SGSST de la ESE. 8. Apoyar en la implementación del plan de emergencias de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca. 9. Apoyar la evaluación de responsabilidades en SST. 10. Recolectar, organizar y entregar los datos para el análisis de los indicadores del SST: ausentismo, morbilidad, mortalidad, accidentalidad laboral, enfermedad laboral, capacitación y demás requeridos para el seguimiento del SGSST, tanto de funcionarios como contratistas de la institución. 11. Apoyar y participar en los comités establecidos para el seguimiento de los SGSST: copasst, COCOLA, Covid, infecciones y demás establecidos dentro del SGSST en la entidad hospitalaria. 12. Apoyar y asistir a las capacitaciones y entrenamientos del Plan anual de capacitación del SGSST. 13. Apoyar la ejecución de las actividades a realizar por las empresas contratistas para los contratistas que prestan sus servicios dentro de las instalaciones de la ESE. 14. Socializar información en SST a las diferentes áreas administrativas, asistenciales y operativas de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca. 15. Las demás actividades que sean asignadas para la correcta ejecución del objeto contractual, acordes con el área de desempeño.

ESTADO DEL CONTRATO:	Cumplió con las obligaciones pactadas dentro del contrato, según informe de supervisor.

CONTRATO No:	**072 -2022**
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ASESORIA, ACOMPAÑAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA.
VALOR DEL CONTRATO:	$ 28.000.000
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:	01 de mayo del 2022
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	31 de diciembre del 2022
ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL:	1. Realizar la planeación estratégica del SGSST (Políticas, objetivos, indicadores, metas, presupuesto, etc). 2. Elaborar y poner en marcha la verificación y aseguramiento del SGSST de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca. 3. Realizar Seguimiento a la efectividad y suficiencia del SG-SST en la institución. 4. Gestionar y apoyar con la implementación del SG-SST en el área asistencial y administrativa y los demás procesos de la entidad hospitalaria. 5. Verificar el cumplimiento de los programas y planes establecidos del SG-SST en la ESE. 6. Realizar Medición y seguimiento a indicadores del SGSST y retroalimentar semestralmente su cumplimiento. 7. Mantener actualizada la documentación del SGSST de la ESE. 8. Apoyar en la implementación del plan de emergencias de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca 9. Apoyar la evaluación de responsabilidades en SST. 10. Recolectar, organizar y entregar los datos para el análisis de los indicadores del SST: ausentismo, morbilidad, mortalidad, accidentalidad laboral, enfermedad laboral, capacitación y demás requeridos para el seguimiento del SGSST, tanto de funcionarios como contratistas de la institución. 11. Apoyar y participar en los comités establecidos para el seguimiento de los SGSST: copasst, COCOLA, Covid, infecciones y demás establecidos dentro del SGSST en la entidad hospitalaria. 12. Apoyar y asistir a las capacitaciones y entrenamientos del Plan anual de capacitación del SGSST. 13. Apoyar la ejecución de las actividades a realizar por las empresas contratistas para los contratistas que prestan sus servicios dentro de las instalaciones de la ESE. 14. Socializar información en SST a las diferentes áreas administrativas, asistenciales y operativas de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca. 15. Las demás actividades que sean asignadas para la correcta ejecución del objeto contractual, acordes con el área de desempeño.
ESTADO DEL CONTRATO:	Cumplió con las obligaciones pactadas dentro del contrato, según informe de supervisor.

Para constancia de lo anterior se firma a los veintisiete (27) días del mes de enero de dos mil veintitrés (2023).

ANA ELSY PERALTA SAAVEDRA
Subgerente

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) FLOR ALBA FONSECA DULCEY identificado(a) con CC 37548803 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/09/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**RED INTEGRADA SALUD COLOMBIA IPS S.A.S (REDINSALUD IPS S.A.S) - (MOVILIDAD**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 23 días del mes de abril del año 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

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

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:

FLOR ALBA FONSECA DULCEY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **37.548.803**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Abril 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.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14803758205

(415)7707212489984(8020) 000001480375820 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 5 4 8 8 0 3	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 7 5 4 8 8 0 3	1 9 9 6 0 5 0 6

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FONSECA	DULCEY	FLOR	ALBA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal
CL CALLE 197 27 C 75 P 3

42. Correo electrónico floralbaf@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 8 7 2 9 6 6	

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
7 4 9 0 / 2 0 1 0 0 1 0 4	4 7 9 9 / 2 0 2 1 0 4 0 1		3 2 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	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 2021 - 12 - 29 / 10 : 56: 14

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 FONSECA DULCEY FLOR ALBA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 26-01-2023 04:38:54PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

sigep II FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, FLOR ALBA FONSECA DULCEY

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 37.548.803 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	FLORIDABLANCA

Dirección	CALLE 197 27 C 75 EL RECREO	Teléfonos	3162872966

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MANUEL ALEJANDRO MENDEZ FONSECA	1.097.114.554	HIJO
MARIA ROSA DULCEY		MADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	67.000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 67.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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 INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Juan Abel Fonseca D

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Floridablanca, 26 de abril de 2023

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 23 de abril de 2023, a las 23:10:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	37548803
Código de Verificación	37548803230423231015

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

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 221667598

WEB
23:11:08

Bogotá DC, 23 de abril 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) FLOR ALBA FONSECA DULCEY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 37548803:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:13:49 PM horas del 23/04/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **37548803**
Apellidos y Nombres: **FONSECA DULCEY FLOR ALBA**

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

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(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, 24/04/2023 12:15:45 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **37548803** y Nombre: **FLOR ALBA FONSECA DULCEY.**

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. **58787794** . 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

AUTORIZACIÓN CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACIÓN SEXUALES COMETIDOS CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

Yo, **FLOR ALBA FONSECA DULCEY** identificado(a) con cedula de ciudadanía Nro. **37.548.803** expedida en **Bucaramanga,** de manera libre y espontánea declaro que no he sido condenado por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales cometidos contra niños, niñas y adolescentes, y en consecuencia, no me encuentro registrado en las bases de datos de agresores sexuales de que trata la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019 ni inhabilitado para vincularme en una entidad estatal.

Por lo anterior, manifiesto expresamente que autorizo a la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA, identificada con NIT. No. 890.202024-3 para que, a través de sus servidores públicos y/o contratistas del Grupo de Oficina Jurídica – Contratación, adelante los trámites de consulta de certificado de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales cometidos contra niños, niñas y adolescentes, a través del aplicativo virtual que determine la autoridad competente, como soporte de la documentación previa para la vinculación legal y reglamentaria con el MVCT.

Esta autorización se extiende por el término de la vinculación en servicio activo, lo cual implica que la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA podrá realizar solicitudes de certificados de antecedentes de manera periódica y de acuerdo como lo determine la ley.

Dado a los veintiséis (26) días del mes de abril del año 2023.

Atentamente,

FLOR ALBA FONSECA DULCEY Firma: Flor Alba Fonseca D

Número de cédula: 37.548.803

Lugar de Expedición: Bucaramanga

Fecha de Expedición: (06/05/1996)

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
AIME ALBERTO HERNÁNDEZ SUÁREZ Asesor Jurídico Contratación	MARGARITA MARIA PINTO DIAZ Contratista Calidad	MARGARITA MARIA PINTO DIAZ Contratista Calidad

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	22 Febrero de 2.023	08 Marzo de 2.023	Emisión inicial para el proceso de jurídica y contratación

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS
DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación cc 37548803 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 23/04/2023 11:55 PM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

	FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONAS NATURALES	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD
		CÓDIGO: ES-GIC-GC001F65 VERSIÓN: 01 FECHA: 10/04/2020

DATOS DE SOLICITUD

FECHA DE SOLICITUD			*TIPO DE SOLICITUD*		*TIPO DE USUARIO*		
dd	mm	aaaa	VINCULACIÓN	ACTUALIZACIÓN	CLIENTE	CONTRATISTA	PROVEEDOR
26	4	2023		X		X	

DATOS BASICOS DE PERSONA NATURAL

NOMBRE COMPLETO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
FLOR ALBA	FONSECA	DULCEY

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

CÉDULA DE CIUDADANÍA	X	PASAPORTE		CEDULA DE EXTRANJERÍA		OTRO		¿CUÁL?	

NÚMERO DE IDENTIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN
37548803	6	5	1996	BUCARAMANGA

FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO			
dd	mm	aaaa	PAÍS	COLOMBIA	DEPARTAMENTO	SANTANDER
1	10	1977			CIUDAD	ONZAGA

GÉNERO			OCUPACIÓN					
F	X	M	EMPLEADO		PENSIONADO		EMPLEADO CON NEGOCIO	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			INDEPENDIENTE	X	RENTISTA		OTRO	
CALLE 197 27C75			¿CUÁL?					

BARRIO	TELÉFONO RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO
EL RECREO	3162872966	BUCARAMANGA	SANTANDER	floralbaf@yahoo.es

NÚMERO DE CELULAR	TIPO DE VIVIENDA						VALOR ARRIENDO
3162872966	PROPIA		FAMILIAR		ARRENDADA	x	1000000
	PERSONAS A CARGO		2		GASTOS FAMILIARES		2000000

INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA / NEGOCIO	DETALLE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CARGO	CONTRATISTA	FECHA DE INGRESO			TIPO DE VINCULACIÓN		
CIUDAD	FLORIDABLANCA	dd	mm	aaaa	FIJO	INDEFINIDO	OTRO ¿Cuál?
DIRECCIÓN	CARRERA 5 NRO. 6 - 34			2023			CPS
TELÉFONO	313 395 4993						

SI USTED ES UN PEP (PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE) CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:	SI	NO	SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR
Maneja recursos públicos		X	
Ejerce algún grado de poder público		X	
Goza de reconocimiento público		X	

INFORMACIÓN FINANCIERA

POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA

PRODUCTO FINANCIERO	NÚMERO	ENTIDAD	SUCURSAL	ANTIGÜEDAD
CUENTA DE AHORROS	24102191581	BANCO CAJA SOCIAL	FLORIDABLANCA	2,5 AÑOS

OPERACIONES INTERNACIONALES								
REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA				INDIQUE CUALES:				OTRAS
SI		NO	X	IMPORTACIONES		EXPORTACIONES		

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR						
INVERSIONES		TRANSFERENCIAS		OTRAS	¿CUÁLES OTRAS?	
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

SUMINISTRO Y ACTUALIZACION DE INFORMACION

EL CLIENTE ____PROVEEDOR___ CONTRATISTA _X_ se obliga con la ESE **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA** a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la ESE **HOSPITAL SN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA** para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

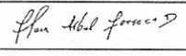
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntario y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente: Declaración de origen de fondos a la ESE **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA**, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con la ESE **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA**:
Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen: CONTRATISTA INDEPENDIENTE

En caso de diligenciamiento electrónico:
Declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.

NOMBRE COMPLETO	FLOR ALBA FONSECA DULCEY	HUELLA
DOCUMENTO IDENTIDAD	37548803	
FIRMA		
DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS NATURAL: Se anexarán los documentos que se estipulen en el proceso correspondiente, de acuerdo al tipo de relación o vínculo con la institución.		

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCION

Resultado de verificación de datos:			
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICÓ:		FECHA :	HORA:
IDENTIFICACIÓN			

SAINSA IPS
CUIDAMOS TU SALUD

SALUD INTEGRAL SANTANDER IPS SAS

NIT. 901050204-8

Carrera 32 No. 33-33 La Aurora - Cel. 315 374 8286 - Tel. 6076951343
Carrera 35 # 52-72 Cabecera - Cel. 317 693 7070 - Tel. 6836525
Bucaramanga - Santander
E-mail. saludintegralsantanderips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.884

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (COLOMBIA, SANTANDER) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES S.O	**PARTICULARES S.O**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

FONSECA DULCEY FLOR ALBA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	45 AÑOS 3 MESES 17 DÍAS	CC	337548803
	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
ASESOR SGSST

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- HABITOS DE VIDA SALUDABLE: EJERCICIO AEROBICO 4 VECES POR SEMANA DURANTE UN TIEMPO NO MENOR A 45 MINUTOS Y DIETA ADECUADA QUE INCLUYA FRUTAS Y VERDURAS
- EVITANDO GASEOSAS Y BEBIDAS AZUCARADAS .
- PAUSAS ACTIVAS CADA 3 HORAS DE TRABAJO CONTINUO DURANTE TRES MINUTOS.
- LAVADO FRECUENTE Y ADECUADO DE MANOS . PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	**Aspirante o Trabajador**
DR. OSCAR J. CARRERO LARA Especialista en Salud Ocupacional LIC.S.O. 16040 26/07/2022 R.M. 1393S.S.S	
Firma:	**Firma:**
Nombre: CARRERO LARA OSCAR JAVIER	**Nombre:** FONSECA DULCEY FLOR ALBA
R. M.: 1393 S.S.S **L.S.O.:** 16040/16/07/2022	**CC:** 337548803

	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCION NÚMERO 16040 **DE**

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARÍO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **OSCAR JAVIER CARRERO LARA** identificado(a) con Cédula de Ciudadania No. 91232319 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 12117 de 15 de agosto del 2012 de la Secretaria de Salud de Gobernación de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el articulo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTICULO 1. Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **OSCAR JAVIER CARRERO LARA.** - MEDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 91232319, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTICULO 2. La Licencia de que trata el articulo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3. Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el termino máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTICULO 4. Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTICULO 5. Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los

26 JUL 2022

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Luis Felipe Tarazona V - Director Desarrollo Vigilancia y Control
Reviso: Yolitze Hernández G. - Coordinador Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyecto: Helena Gordillo G. - Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C

Escaneado con CamS

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

FLOR ALBA FONSECA DULCEY Identificado con CC 37548803

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CANAVERAL, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24102191581
Fecha de apertura:	1 de Octubre de 2020
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 24 de Abril de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social