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: KATHERINE RIVERA MORA

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE N/A	OBSERVACIÓN
	GESTION DEL TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente				
2	Hoja de vida en pdf (actualizada con foto)				
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería				
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No menor a tres meses				
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses				
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses				
8	Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses				
9	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)				
10	RUT Actualizado				
11	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.				
12	Certificado actual de afiliación EPS				
13	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones				
14	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II				
15	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II				
16	Formato de oferta de prestación de servicios				
17	Formato de indemnidad				
18	Formato de ARL				
19	Autorización manejo de datos personales (habeas data)				
20	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información				
21	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)				
22	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo				
23	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo				
24	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría *Vigencia de 3 años				
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
25	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
26	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
27	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
28	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
29	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tarjeta profesional				
32	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
33	ReTHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)				
34	Resolución de convalidación de títulos *Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES				
35	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
36	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
37	Manejo del duelo (Asistenciales)				
38	Inducción – reinducción corporativa (Todos)				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
39	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
40	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
42	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
43	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
44	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
45	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
46	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
47	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
48	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
49	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
50	Retiro e inserción DIU				
51	Retiro e inserción JADELLE				
52	Certificado de formación en toma de citología				
53	Soporte vital avanzado				
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
54	Soporte v tal avanzado				
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				

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

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

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

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).
- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADORA TALENTO HUMANO
ROSANA ALEXANDRA SANTO ANGEL

Soacha, 2 5 de Abril de 2023

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre:

Cargo: 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,

Katherine Rivera M.
KATHERINE RIVERA MORA
CC: 1.030.604.908
Dirección: CARRERA 80 I N° 57 G 85 SUR

Email: auxenfermeria0113@hotmail.com
Teléfono/ Celular: 3228103211

KATHERINE RIVERA MORA

Datos Personales

C.C. No.	:	1.030.604.908
Fecha De Nacimiento	:	02 febrero del 1992
Estado Civil	:	soltera
Dirección	:	kra 80 I N°57 G - 85 sur
Teléfono	:	3228103211
Email	:	auxenfermeria0113@hotmail.com

Perfil Profesional

Soy una persona responsable, dinámica, con aspiraciones, deseos de superación y metas basadas en el logro de objetivos, aprendo con rapidez y me intereso por cumplir de manera adecuada con la puntualidad, honestidad y responsabilidad en las distintas actividades que realizo.

Dispuesta a cumplir con las distintas funciones, obligaciones y normas laborales que tengan establecidas, y así formar parte del cumplimiento de metas planteadas.

KATHERINE RIVERA MORA

KATHERINE RIVERA MORA

[redacted]

C.C. No.	:	1.030.604.908
Fecha De Nacimiento	:	02 febrero del 1992
Estado Civil	:	soltera
Dirección	:	kra 80 I N°57 G - 85 sur
Teléfono	:	3225103211
Email	:	auxenfermeria0113@hotmail.com

[redacted]

Soy una persona responsable, dinámica, con aspiraciones, deseos de superación y metas trazadas en el logro de objetivos, aprendo con rapidez y me interesa cumplir de manera adecuada con la puntualidad, honestidad y responsabilidad en las distintas actividades que realizo

Empresista a cumplir con las distintas funciones, obligaciones y normas laborales que tengan establecidas, y así formar parte del cumplimiento de metas planteadas

KATHERINE RIVERA MORA

Estudios Realizados

Primaria : **I.E.D BRITALIA**
BOGOTA
5° GRADO

Secundaria : **INSTITUTO YOLKIN**
BOGOTA
11° GRADO
2009

Otros: **ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER**
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Julio de 2014

Referencias Laborales

EMPRESA:	Clínica Colsubsidio Roma
JEFE INMEDIATO:	Jenny Paola Gaona
TELEFONO:	7447425
CARGO:	Auxiliar de Enfermería
FECHA DE INICIO	01 Febrero 2021 - **Actualmente**

EMPRESA:	Hospital Universitario Clínica San Rafael
JEFE INMEDIATO:	Carmenza González
TELEFONO:	3230066
CARGO:	Auxiliar de Enfermería
FECHA DE INICIO:	01/11/2015
FECHA DE FINALIZACION:	14/112020

KATHERINE RIVERA MORA

FUNCIONES DESEMPEÑADAS:

- *Urgencias Adultos*
- *Urgencias Pediátricas*
- *Reanimación Adultos*
- *Salas de Cirugía*
- *Hospitalización*

Referencias Personales:

Nombre	:	**Alexandra Guerra Alfaro**
Cargo	:	Jefe de Enfermería
Ciudad	:	Bogotá.
Teléfono	:	3105541889

Nombre	:	**Luz Adriana Rodríguez**
Cargo	:	Auxiliar de Enfermería
Ciudad	:	Bogotá.
Teléfono	:	3232884225

Nombre	:	**Leidy Corrales**
Cargo	:	Auxiliar Enfermería
Ciudad	:	Bogotá
Teléfono	:	3142633591

KATHERINE RIVERA MORA

FUNCIONES DESEMPEÑADAS:

- Urgencias Adultos
- Urgencias Pediatricas
- Reanimacion Adultos
- Salas de Cirugia
- Hospitalizacion

Nombre : Alexandra Guerra Altero
Cargo : Jefe de Enfermeria
Ciudad : Bogota
Telefono : 3106541889

Nombre : Luz Adriana Rodriguez
Cargo : Auxiliar de Enfermeria
Ciudad : Bogota.
Telefono : 3232889225

Nombre : Leidy Corrales
Cargo : Auxiliar Enfermeria
Ciudad : Bogotá
Telefono : 3142633591

KATHERINE RIVERA MORA

Referencias Familiares:

Nombre	:	**Isabel Mora**
Cargo	:	Ama de Casa
Ciudad	:	Bogotá
Teléfono	:	3148581206
Parentesco	:	madre

Katherine Rivera M

KATHERINE RIVERA MORA

C.C. N° 1.030.604.908

KATHERINE RIVERA MORA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.604.908**

RIVERA MORA

APELLIDOS

KATHERINE

NOMBRES

Katherine Rivera M.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-FEB-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-FEB-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00241749-F-1030604908-20100618 **0022**33619A 2 34118868

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 222043866

WEB
16:17:21

Bogotá DC, 28 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) KATHERINE RIVERA MORA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030604908:

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.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 2229439868

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 24 de abril de 2023, a las 19:31:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1030604908
Código de Verificación	1030604908230424193133

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

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 [illegible] de [illegible] de 2023, a las [illegible], el número de identificación relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1032604906
Código de Verificación	1032604906230424183733

Esta Certificación se valida en todo el Territorio Nacional siempre y cuando el tipo y número coincidan con el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí relacionados.

De conformidad con el Decreto 019 de 1995 y la Resolución 229 del 5 de junio de 2002, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YECID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:30:27 PM horas del 24/04/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1030604908**
Apellidos y Nombres: **RIVERA MORA KATHERINE**

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/04/2023 04:35:47 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1030604908** y Nombre: **KATHERINE RIVERA MORA.**

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. **59295669** . 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

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, 29/04/2023 08:35:47 p. m., el ciudadano con Cédula de Ciudadanía No. **1030604908** y Nombre **KATHERINE RIVERA MORA.**

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. 59236569** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos, consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14911452819

(415)7707212489984(8020) 000001491145281 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 3 0 6 0 4 9 0 8 | 6. DV 5

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1030604908	2 0 1 0 0 2 0 4

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIVERA	MORA	KATHERINE	

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 80 I 57 G 85 SUR BRR CLASS ROMA

42. Correo electrónico: auxenfermeria0113@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 5 1 0 0 1					5 1 3 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 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2023 - 05 - 02 / 08 : 23: 56

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: Katherine Rivera mora.
984. Nombre RIVERA MORA KATHERINE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 02-05-2023 08:24:18AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

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

FECHA:	2023-05-08	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUB	OTRO	CUAL:
[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	AUX. ENFERMERIA

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RIVERA	MORA	KATHERINE	N/A

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. [X]	C.E. [ ]	R.C. [ ]	NUIP [ ]	1030604908	BOGOTA	2010-02-04
PASAPORTE [ ]	OTRO [ ]	N/A			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [X] NO [ ]	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
2 DE FEBRERO 1992	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) [X] CASADO(A) [ ] DIVORCIADO(A) [ ] UNION LIBRE [ ] VIUDO(A) [ ]	2	2	3228103211

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 80 I # 57 G 85 SUR	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA	N/A

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA [ ]	FAMILIAR [ ]	ARRENDADA [X]
AUXENFERMERIA0113@HOTMAIL.COM	N/A			

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

2. DATOS DEL CONYUGE

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

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO [ ]	ESTUDIANTE [ ]	HOGAR [ ]	PENSIONADO [ ]	CUAL:	AUX. ENFERMERIA,
SOCIO [ ]	CONTRATISTA [X]	COMERCIANTE [ ]	EMPLEADO PUBLICO [ ]		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE [ ]	EMPLEADO SOCIO [ ]		OTRA..... [ ]		

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT	800006850-3
GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]							

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]

OTRA [ ] CUAL:

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cl. 13 #10-48	730 92 30	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACION	2023-05-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 1.884.000	GASTOS FAMILIARES	$ 1.200.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 1.500.000	ARRIENDOS	$ 6.000.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 4.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	$ 10.000.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	$ 3.000.000	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 3.384.000	TOTAL EGRESOS	$ 7.200.000	TOTAL ACTIVOS	$ 3.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 14.000.000

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MORA	ANGEL	GLORIA	ISABEL
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CRA 80 I # 57 G 85 SUR	BOGOTA	MAMA	3148581206

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
AV VILLAS	AHORROS	465864283	PLAZA DE LAS AMERICAS	N/A

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☐ ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

CUAL: N/A

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Katherine Rivera M.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

200000084

Fecha de Radicación: ____ / ____ / ____

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 03

A. AFILIACIÓN

II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Bivora	Segundo apellido: Mora	Primer nombre: Katherine	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: Cedula Ciudadania	8. Número del documento de identidad: 1030604908	9. Sexo: Femenino X Masculino	10. Fecha de nacimiento: 02 02 1992

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo / Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones: Proteccion	17. Ingreso Base de Cotización - IBC: $1'160.000.-

18. Residencia	Dirección: Cra 80 I # 57 G 85 sur	Teléfono Fijo	Teléfono Celular: 3228103211	Correo Electrónico: buxenfermera0113@hotmail
Municipio / Distrito: Bogotá	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna: Kennedy.	Departamento: Cundinamarca	

IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

s básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos de residencia

	Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		276810
B		14699
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)	
39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

200000084

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad — ☐ A. Régimen Contributivo — ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado — ☐ A. Mismo Régimen — ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de Radicación	42. Fecha
☐☐☐☐☐☐☐☐				

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado — Código ☐	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☐ 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☐ 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- ☐ 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- ☐ 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Katherine Rivera Mora	

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- ☐ 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- ☐ 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- ☐ 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- ☐ 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad del funcionario
☐☐☐☐☐☐	

Observaciones: Incapacidad

EPS Sanitas — OFICINA ZONA 11 — RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS — 31 MAY 2023

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **KATHERINE RIVERA MORA** identificado(a) con **CC** número **1.030.604.908** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 12 de febrero de 2016.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de abril de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

202304221724

Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.172.494

Nos permitimos informar que:

El(la) Señor(a) KATHERINE RIVERA MORA identificado(a) con CC número 1.030.604.208 se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN desde el 12 de febrero de 2016.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de abril de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Echeverri Medina
Equipo Gestión de Operaciones

"Importante: Esta constancia solo debe ser tenida en cuenta para los procesos mencionados anteriormente.

"Si desea verificar la autenticidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección. Bogotá: 744 44 69 - Medellín y Cali 510 90 99
Barranquilla: 319 79 99 - Cartagena: 642 49 99 - Nacional 01 8000 22 3039
www.proteccion.com

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
Rivera	Mora	Katherine

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1030604908 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 02 MES 02 AÑO 1992

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CARRERA 80I 57G 85 SUR cra 80 i # 57g 85 sur

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO: 1111111 — EMAIL: auxenfermeria0113@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	2009

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).

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Ley 190 de 1995, Art. 4 y Art. 3 de 1996)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA COLSUBSIDIO CIUDAD ROMA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 1111111	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATÓ ACTUAL A. DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD - ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 79D SUR - 71 carrera 79 d sur # 71				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 7260142	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2015	*Día*	13	*Mes*	11	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL A. DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDAD FISICA Y SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 SUR - 17 45 cra 8 -17 sur 45				

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	4	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	6

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Ley 190 de 1995 Art. 3º, Dec. 1083 de 1996)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Soacha, 27 de abril. 2023

Katherine Rivera M.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Ley 190 de 1995 - Ley 443 de 1998)

GOBIERNO DE COLOMBIA

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, KATHERINE RIVERA MORA

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 1.030.604.908 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	SOACHA
Dirección	CARRERA 80I 57 G 85 SUR			Teléfonos	3228103211

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Juan Felipe Fandiño Rivera	1.013.136.592	hijo
Isabella roncancio rivera	1.030.507.590	hija

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** ,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	25.600.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 25.600.000

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
AV VILLAS	AHORROS	465864283	plaza de las americas	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
muebles	mobiliario hogar	$ 7.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

FORMULARIO UNICO

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

PERSONA NATURAL

(LEY 190 DE 1995)

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
N/A	N/A	$ -

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
N/A	N/A

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
N/A	N/A

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
N/A	N/A

3. FIRMA

Katherine Rivera M.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota Mayo 30-2023
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Soacha, 27 de Abril de 2023

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo KATHERINE RIVERA MORA, identificado(a) con cedula No. 1.030.604.908 de Bogotá, interesado(a) en la oferta deprestación de servicios de: AUXILIAR DE ENFERMERIA, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

Katherine Rivera mora

C.C.1.030.604.908

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

Soacha, 27 de 04 de 2023

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

Yo KATHERINE RIVERA MORA, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.030.604.908 de Bogotá, por medio del presente documentome 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,

Katherine Rivera mora
C.C. No. 1.030.604.908 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 AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: KATHERINE RIVERA MORA

Nº Documento: 1.030.604.908

Fecha de Nacimiento: 02/02/1992

Dirección: CARRERA 80 I N° 57 G – 85 SUR

Teléfono. Fijo – Celular: 3228103211

E-mail: auxenfermeria0113@hotmail.com

EPS: SANITAS

AFP: PROTECCION

Firma Contratista: Katherine Rivera mora

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

.....

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

	PROCESO: Gerencia del talento humano	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACION A LA ARL
		CODIGO: SSG_FTG_01
		VERSION: 00
		VIGENCIA: 05/07/2022

ARL AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: KATHERINE RIVERA MORA

N° Documento: 1.030.604.905

Fecha de Nacimiento: 02/02/1992

Dirección: CARRERA 80 I N° 57 G – 85 SUR

Teléfono Fijo – Celular: 3229103711

E-mail: auxenfermeria0112@hotmail.com

EPS: SANITAS

AFP: PROTECCION

Tarea Contratada: Auxiliar Técnico Vector

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Inicio:

Fecha Finalización:

Valor mensual:

Valor Total:

Vobo Área Contratación:

DATOS AFILIACION:

Fecha: Hora:

Firma responsable Afiliación:

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

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Fecha deTerminacion del Contrato
KATHERINE RIVERA MORA	C.C.	1,030,604,908	02/06/2023	30/09/2023

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el Thursday June 1 2023 a las 10:13:01 AM

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

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E.S.E. como trabajador independiente con número de afiliación 215221 y con número de NIT 800.065.660, está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación

CATHERINE PINERA	C.C. 1.052.961.364	02/06/2023	30/06/2023

Cordialmente

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

La presente copia es fiel copia de la obrante en nuestra base de datos www.axacolpatria.co, el Thursday, June 1 2023 a las 10:01 AM

Cualquier inconsistencia solicitarla que realizaran sobre el particular, puede solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000 612620 o en Bogotá 4238727.

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

Soacha 27 /05/2023

Señores: Escuela Corporación Nacional delos Llanos

Escuela de Salud San Pedro Claver

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo KATHERINE RIVERA MORA 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:

Auxiliar en enfermería

Cordialmente;

Firma Katherine Rivera mora.

N° Documento: 1.030.604.908

Tarjeta Profesional N° 1.030.604.908

Dirección de contacto: K 80 I N° 57 G 85 SUR

Teléfono: 3228103211

	AUTORIZACION CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CODIGO	TTH-FTO-31
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/2022

Soacha, 27/05/2021

Señores, Escuela Corporación Nacional de los Llanos

Escuela de Salud San Pedro Claver

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo KATHERINE RIVERA MOSA 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 Artículo 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 del 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 relieve 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 todas estas respuestas a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Auxiliar en enfermería

Cordialmente:

Firma KATHERINE RIVERA MOSA

N° Documento 1.070.604.908

Tarjeta Profesional N° 1.070.604.908

Dirección de contacto: K 99 I N° 57 G 86 SUR

Teléfono: 3229110211

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

Yo, KATHERINE RIVERA MORA identificada (cc) con cédula de ciudadanía número 1.030.604.908 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

	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO: GTH-GJR-F10-20
		VERSIÓN: 06
		VIGENCIA: 30/7/2022

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS

Yo, KATHERINE RIVERA MORA identificada (cc) con cédula de ciudadanía número 1.030.604.908 expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN 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 autorización 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, bálloce esta en forma escrita oral, visual, grabado 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 REGIÓN 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, conducta y uso de la información confidencial que produce y administra la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:

Obligaciones del contratista. Como contratista de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o reciba 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, comprar, vender, ofrecer, intercambiar, capturar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, compilar, copiar 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 REGIÓN DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero. Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos**.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información**:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña**:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información**.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo**.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

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 misma oficina es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. CLÁUSULA SEXTA: **Utilización de la información**: Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** me obligo a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. CLÁUSULA SÉPTIMA: **Compromiso**: La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgare o compartirá, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o grabada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero**: Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo**. La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de requerida de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero**: Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe contener seis a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. CLÁUSULA OCTAVA: Tiempo de autorización. Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá exigir de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. CLÁUSULA NOVENA: Bloqueo. Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso por de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero**. Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, antes de los cambios establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o indolencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. CLÁUSULA DÉCIMA: Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluye datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

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

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

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

	PROCESO: Gestión del talento humano, Jurídica	CÓDIGO: GTH-FO-20
		VERSIÓN: 06
		VIGENCIA: 30/12/2022

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS

Consideraciones y reglas 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 DÉCIMA 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 DÉCIMA SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se puedan suscitar. **CLÁUSULA DÉCIMA 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 REGIÓN DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCIÓN	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS EMPRESAS, FUNCIONARIOS DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS HUENTIS DE INFORMACION: • DATADOC • SIVIGILA • SIHSALA • MANGO • PAT WEB • DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X
3	FICHAS DE NOTIFICACION EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLINICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Para constancia se firma en Soacha, a los 27/04/2023

Katherine Rivera mora

Firma y huella



3228103211

Celular No.

Auxenfermeria0113@hotmail.com

Correo institucional

	PROCESO: Gestión del talento humano, Jurídica	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS
		CÓDIGO
		VERSIÓN
		VIGENCIA

Para constancia se firma en Socha, a los 27-04-2023

Nombre Silvia Rocio

Firma y huella

Celular No.

Correo Institucional

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101022624	0

TOMADOR **KATHERINE RIVERA MORA** CC **1.030.604.908**

DIRECCION **KR 80 I NRO. 57 G - 85 SUR** CIUDAD **BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT** TELEFONO **3228103211**

ASEGURADO **KATHERINE RIVERA MORA** CC **1.030.604.908**

DIRECCION **KR 80 I NRO. 57 G - 85 SUR** CIUDAD **BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELEFONO **3228103211**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
04 / 05 / 2023	02 / 05 / 2023	02 / 05 / 2024	02 / 05 / 2023	02 / 05 / 2024

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
DE LIMA GRUPO EMPRESARIAL LTDA	93093	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 100,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 100,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 20,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 20.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 20.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 20.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********107,475.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********20,420.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********127,895.00

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005132525707(3900)000000127895(96)20230616

REFERENCIA PAGO: 1100513252570-7

21-03-101022624

FIRMA AUTORIZADA

OLGAPSANCHEZ

CLIENTE

Katherine Rivera Mora

TOMADOR

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

BOGOTÁ, D.C.	ANEXO 0 COMPLETO	SUSCRIPCIÓN ORIGINAL	0

BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL

BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL

		02 / 05 / 2024	02 / 05 / 2024

ESPECIMEN

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: KATHERINE

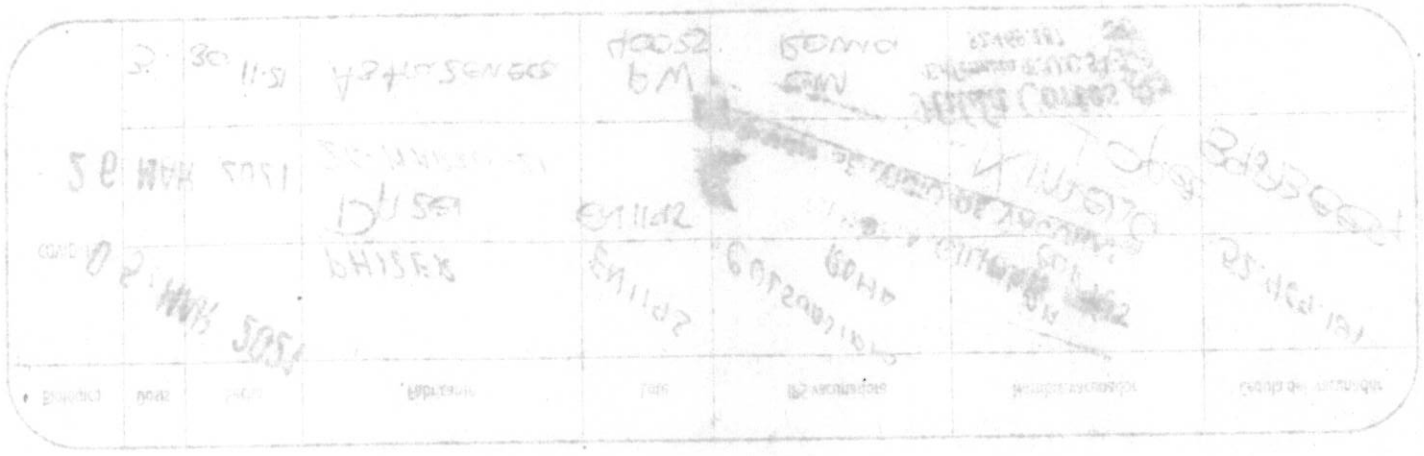
Apellidos: RIVERA MORA

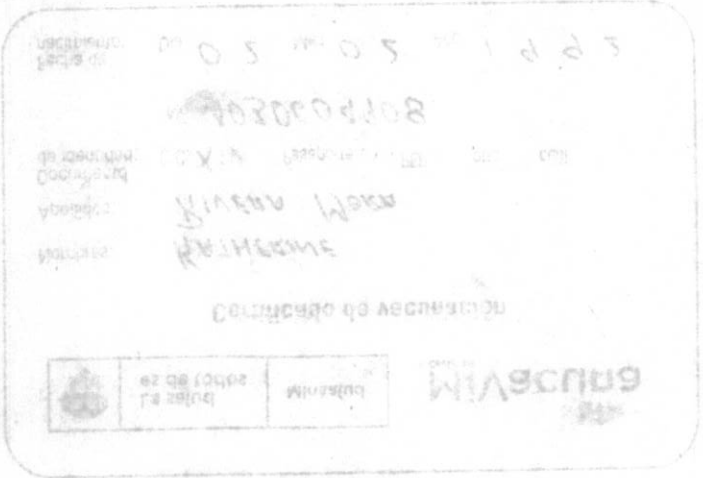
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1030604908

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 02 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	05 MAR 2021	PHIZER	EN1195	COLSUBSIDIO ROMA	GIUL[illegible] CORTES	52.469.187
	2	26 MAR 2021	Pfizer 26-MARZO-21	EN1195	SERVICIO DE VACUNAS	Nimeno Lopez	39173664
	3	30-11-21	Astrazeneca	PW 40025	EM Roma	Hilda Cortes Enfermera F.U.C.S 52.469.187	





ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: miércoles, 13 de enero de 2021 07:38 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía

Número de identificación: 1030604908

Nombres y Apellidos: KATHERINE RIVERA MORA

Fecha de nacimiento: 02/02/1992

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis	06/09/2018	Bostrix	AC37B281AA	EPS SANITAS CENTRO MEDICO CALLE 13 LOCAL17
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis	10/03/2015	Havrix 1440		
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	08/03/2014	Engerix B Adultos		
	Segunda dosis	10/05/2014	Engerix B Adultos		
	Tercera dosis	07/06/2014	Engerix B Adultos	L035L2001	IPS VACUNAR COLOMBIA
	Refuerzo	10/05/2015	Engerix B Adultos		
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
	Adicional				
Td	Tercera dosis	26/11/2012	Toxoide Tetánico y diftérico	024L9011D	GRUPO EXTRAMURAL - KENNEDY
	Cuarta dosis	10/04/2014	Toxoide Tetánico y diftérico	0124L10154	IPS VACUNAR COLOMBIA

Institución vacunadora	Cobertula 2018os	Fecha de generación del carné	Jueves, 13 de enero de 2021 07:36 p.m.
Unidad del vacunador			
Tipo de identificación	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación	1036804848
Nombres y Apellidos	KATHERINE RIVERA MORA		
Fecha de nacimiento	06/05/1992		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Rotavirus	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Dosis única				
Antipolio (polio inactiva)	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis	08/03/2018	Boostrix	AC37B28A1AA	EPS SANITAS CENTRO MEDICO CALLE 13 LOCAL 17
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis	10/03/2018	Havrix 1440		
Hepatitis A (Heptavalente B)	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	08/03/2018	Engerix B Adultos		
	Segunda dosis	10/08/2018	Engerix B Adultos		
	Tercera dosis	07/08/2018	Engerix B Adultos	L059L20G1	EPS VACUNAR COL OMBIA
	Refuerzo	10/01/2019	Engerix B Adultos		
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugada	Única				
Neumococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugada	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Rotavirus	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubeola	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Adicional				
Td	Tercera dosis	23/11/2012	Toxoide Tetánico y diftérico	0524L001R0	CORPO EXTRAMU AL - KENNEDY
	Quinta dosis	10/04/2014	Toxoide Tetánico y diftérico	0732L101BA	IPS VACUNAR COL OMBIA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: miércoles, 13 de enero de 2021 07:38 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1030604908
Nombres y Apellidos	KATHERINE RIVERA MORA		
Fecha de nacimiento:	02/02/1992		

Td	Quinta dosis	10/05/2015	Toxoide Tetánico y diftérico		
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	08/03/2014	Triple Viral		
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis	30/09/2015	Varilrix		
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

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

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **25/04/2023 12:52:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **KATHERINE - RIVERA MORA**

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** Doc. Identidad **CC 1030604908**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 ESFASIS OSTEOMUSCULAR	2 ANTICUERPOS HEPATITIS B	3
4	5	6
7	8	9

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

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

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

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

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

Riesgo cardiovascular: Bajo
1. Pausas activas 5 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C.C. 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM: RES 11741 DE 09/10/2017

Katherine Riv

Trabajador: KATHERINE - RIVERA MORA
CC 1030604908
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

3. Uso de los elementos de protección personal
4. Prevenir el riesgo biológico
5. Lavado de manos en los 5 momentos
6. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa
7. Disminuir el consumo de carbohidratos
8. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C.C. 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM: RES 11741 DE 09/10/2017

Katherine Rivera

Trabajador: KATHERINE - RIVERA MORA
CC 1030604908
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

CIED Clínica IPS Eugenio Díaz

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **08/05/2023**

Doc. Identidad **CC 1030604908** Nombre **KATHERINE - RIVERA MORA** Fecha Nacimiento. **02/02/1992**
Entidad **PARTICULAR** Edad **31 años** Ocupación **AUXILIAR DE ENFERMERIA**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa CONVENIO PARTICULAR 001 Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA Antiguedad del cargo 8 AÑO
Fondo de Pensión PROTECCION EPS ARL SURA

ANAMNESIS

Último Examen Visual **2 AÑOS** Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente (X) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ? **NO REFIERE,**
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ? **NO REFIERE, VACUNA COVID 3 DOSIS /2021**
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca (X) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares **NO REFIERE, NO SINTOMAS COVID, TIAS - DIABETES , CA - ABUELOS**

AGUDEZA VISUAL

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

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD	N	-	-°	-
OI	+075	-150	0°	-

EXAMEN EXTERNO

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

MOTILIDAD OCULAR

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

INTERPRETACION

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

TEST OCUPACIONALES

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

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

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

RECOMENDACIONES

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

RETINOSCOPIA

Refracción: ESF

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

Subjetivo: - DP:-

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

DIAGNOSTICOS (Código - Enfermedad)

H522 ASTIGMATISMO
H101 CONJUNTIVITIS ATOPICA AGUDA

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

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

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

HOJA DE RESULTADO

NOMBRE: KATHERINE RIVERA MORA
DOCUMENTO: CC.1030604908
EMPRESA: CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)
EDAD-SEXO: 31 Años - Femenino

REFERENCIA: 221277588
FECHA INGRESO: 26.Abr.2023 18:27:48
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

INMUNOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO			VALORES DE REFERENCIA	
Hepatitis B. Anti-HBs	**5.7**	mUI/mL	No Reactivo	Menor de	10.0 mUI/mL
			Reactivo	Mayor o igual a	10.0 mUI/mL

Técnica: Inmunoanálisis Quimioluminiscente de Micropartículas (CMIA)

NOTA: Según recomendación de la Organización Mundial de la Salud, una concentración de anti-HBs mayor o igual a 10 mUI/ml se considera protección frente a una infección por el virus de la hepatitis B.

Analizado por,

ELIANA JULIETH MORENO MORA
BACTERIOLOGA T.P:1090457481
Copiado: EMM

Fecha de Validación: 27/Abr 2023 00:07
**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico-*

La República de Colombia

El Ministerio de la Protección Social

y en su Nombre

Escuela de Salud "San Pedro Clauer"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Autorización Oficial 1º Acuerdo Ejecutivo No. 04 del 16 de Diciembre de 1993 del Ministerio de la Protección Social. 2º Resolución No. 1535 de Abril 14 de 1994 de la Secretaria de Educación de Bogotá Distrito Capital. 3º Acuerdo Ejecutivo No. 118 de Diciembre 23 de 2008 del Ministerio de la Protección Social. 4º Resolución 02-0004- Enero 06 de 2010 Secretaria de Educación de Bogotá Distrito Capital.

Confiere a:

Katherine Rivera Mora

C.C. 1.030.604.908 de Bogotá D.C.

Certificado de Aptitud Ocupacional, Como:

Técnico por Competencias Laborales

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente los Estudios de:

Auxiliar en Enfermería



Intensidad Horaria: 1800 Horas

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER" Bogotá D.C. RECTORIA

Rectoría

Secretaria

Dado en Bogotá D.C. Julio 26 de 2014

Anotado al libro de Registro Nº 3'A' Folio 02.

Certificado de Asistencia

El Ministerio de la Juventud

otorga el presente

"Curso de Verano"

Certificación hasta el 31 de diciembre de 1999

Autorizado mediante el Decreto de 14 de diciembre de 1999 del Ministerio de la Juventud. 23 de diciembre de 1999. Vence el 11 de febrero de 2000. Autorización de Clases de Verano. 14 de diciembre de 1999. Vence el 23 de diciembre de 2000. Sello del Ministerio de la Juventud. 4 de diciembre de 1999. Vence el 23 de diciembre de 2000. Sello del Ministerio de la Juventud. 4 de diciembre de 1999. Vence el 23 de diciembre de 2000.

Certificado a:

Katherine Elaine Adams

con fecha de nacimiento 14 de diciembre de 1999

Obtuvo un Certificado de Asistencia

por haber cumplido el requisito de asistencia de 2 años

Ayudante en Entrenamiento

Ministerio de la Juventud

Ministro de la Juventud

Ayudante en Entrenamiento

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"
Bogotá, D.C. Sede Chapinero

"Una contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"
Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Aprobada por el Ministerio de Salud. Acuerdo Ejecutivo No. 04 de Noviembre 30 de 1993, Acuerdo Ejecutivo No. 028 de 1998, Acuerdo Ejecutivo No. 118 de Diciembre 23 de 2008. Ministerio de la Protección Social, Resolución 1535 de Abril 14 de 1994, No. 4058 del 22 de diciembre de 2003, No. 02-0004, No. 817 del 6 de marzo de 2006, de 6 de enero de 2010, de la Secretaria de Educación del Distrito Capital.

ACTA INDIVIDUAL

En la ciudad de Bogotá a los Veintiséis (26) días del mes de julio del año 2014, se reunieron, con el fin de formalizar la terminación de los estudios del programa " TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA POR COMPETENCIAS LABORALES", las suscrita Rectora y Secretaria en la Rectoría de la ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER", comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y culminaron satisfactoriamente, los estudios correspondientes al programa académico **TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA POR COMPETENCIAS LABORALES,** se procedió a otorgar **EL CERTIFICADO,** a la egresada cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. o T.I.	LUGAR DE EXPEDICION
KATHERINE RIVERA MORA	1.030.604.908	BOGOTA D.C.

Es fiel copia tomada de su acta original N° 042 de fecha 26 de Julio de 2014, que comienza con el nombre **ALVAREZ GONZALEZ LAURA DANIELA** y se cierra con el nombre de **VELANDIA GUTIERREZ HEIMILY LIZETH**

Firmado y sellado por MARINA ROBAYO (Rectora) y MARIA PATRICIA LOPEZ (Secretaria).

Dada en Bogotá, a los Veintiséis (26) días del mes de julio del año 2014.

LA RECTORA
C.C. No. 21.214.263 de V/cio

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER" Bogotá D.C. RECTORIA

LA SECRETARIA
C.C. No. 40.367.583 de V/cio



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

KATHERINE
RIVERA MORA
C.C. 1030604908

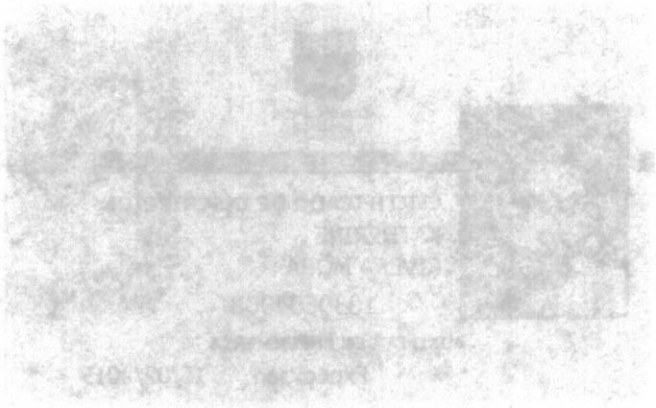
AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 16/02/2015



ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA
DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 10869 *de* 30/09/2014

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor (a) RIVERA MORA KATHERINE Identificado(a) con CC número 1030604908 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER el día 26/07/2014.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a RIVERA MORA KATHERINE identificado(a) con CC número 1030604908 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 30/09/2014

ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Revisó : Daniel Ortiz B.
Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 12-Diciembre-2014
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Katherine Rivera mora
CC. # 1030604908
Firma Katherine Rivera Mora

Resultado General -2023-05-02→8:23:50 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1030604908	KATHERINE		RIVERA	MORA	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) KATHERINE RIVERA MORA identificado(a) con CC 1030604908 registra La siguiente información:

2023-05-02→8:23:50 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2014-09-30	10869	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).

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

Certifica que:

KATHERINE RIVERA MORA

C.C. 1030604908

Aprobó:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGENTES QUÍMICOS

Finalizado el agosto 18, 2021, con una intensidad de 20 horas.

Gerencia de Talento Humano

Departamento Desarrollo del Talento

VIGILADO Supersubsidio

Subsidio

Con todo lo que necesitas

Cliente:

KATHERINE RIVERA MORA

C.C. 1020800908

Monto:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGENTES químicos

Realizado el agosto 16, 2024, con una intensidad de 20 horas.

Gerencia de Talento Humano

Departamento Desarrollo del Talento

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Autorizada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, Según Resolución No. 008945 del 10 de Diciembre de 2012, con Renovación de Registro de Programas, Según Acuerdo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social y Resolución No. 004499 del 18 de Julio de 2019, Expedida por la Secretaria de Educación de Cundinamarca.

Certifica que:

Katherine Rivera Mora

D.I. No. 1.030.604.908

Asistió al curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

El día 21 de Abril del año 2023 con una intensidad de 40 horas

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
NIL.: 900.790.014-6

Dra.: Martha Bibiana Peraza Castillo
Directora General
R.M. 118653

Dr. Victor Manuel Peraza Castillo
Abogado Instructor
T.P. 18553 del C.S.J

Ing.: Leidy Andrea Cañon
Coordinadora Academica
Cnd.: 25228-352692

Powered by CamScanner

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

Certifica que:

KATHERINE RIVERA MORA

C.C. 1030604908

Aprobó:

GESTIÓN DE DUELO

Finalizado el 27 julio 2021, con una intensidad de 20 horas.

Gerencia de Talento Humano
Departamento Desarrollo del Talento

VIGILADO SuperSubsidio

Con Todo lo que te mereces

Certificado que

KATHERINE RIVERA MORA

C.C. 1020304050

Ha aprobado el

CURSO DE DUELO

Realizado el 27 julio 2021 con una intensidad de 20 horas

Gerencia de Talento Humano

Departamento Desarrollo del Talento

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

KATHERINE RIVERA MORA

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: mayo 3, 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUNDINAMARCA
REGIÓN
Que Progresa!
EN COMUNICACIÓN

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

KATHERINE RIVERA MORA

IDENTIFICACIÓN Y REMISIÓN

Realizó el curso de:

Fecha de Emisión: Día 1 Mes 1 2023

DORA ALEXANDRA GONZALEZ ROMERO

GERENTE

ROSALBA ALEXANDRA SANTOS ANGEL

CAPACITADOR

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Autorizada por la Secretaria de Educacion de Cundinamarca, Segun Resolucion No. 005643 del 10 de Diciembre de 2012 con Renovacion de Registro de Programas Segun Acuerdo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019, del Ministerio de Salud y Proteccion Social y Resolucion No. 004459 del 18 de Julio de 2019, Expedida por la Secretaria de Educacion de Cundinamarca.

Nit.: 900.790.014-6

CERTIFICA QUE:

Katherine Rivera Mora

D.I. No. 1.030.604.908

Asistió al Curso Taller de:

Soporte Vital Básico SVB (BLS)

"Abordaje al Paciente con parada Cardiorespiratoria"

El día 10 de Febrero de 2023, con una duración de 20 horas, Dado en Bogotá D.C.

BASADO EN LAS GUÍAS DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR DEL COMITÉ NACIONAL (CNR:)Y DE LOS COMITES INTERNACIONALES DE REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR 2015-2020, DE ACUERDO LO QUE EXIGE LA RESOLUCIÓN 1043 DEL MIN-PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO Dirección General Nit.: 900.790.014-6

Dra.: MARTHA BIBIANA PERAZA CASTILLO
DIRECTORA GENERAL
R.M. 118653

Dr.:VICTOR MANUEL PERAZA C.
INSTRUCTOR
D.I. 79594565

ING.: LEIDY ANDREA CAÑON
COORDINADORA GENERAL
CND.: 25228-352692

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Resolución No. 004499 del 18 de Julio 2019 expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
Acuerdo ejecutivo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de la Protección Social

Certifica que:

RIVERA MORA KATHERINE

Identificado(a) con D.I. No. 1.030.604.908

Asistió al curso de:

TOMA DE MUESTRAS

Dado en Bogotá D.C el día 26 de Enero del 2021, con una duración de 40 horas

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Dra.: Martha Bibiana Peraza Castillo
Directora General
R.M. 118653

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Coordinación General

Ing.: Leidy Andrea Cañon
Coordinadora Academica
Cnd.: 25228-352692

CONFESIÓN PARA EL TRABAJO

Amado Señor de Dios de los Ángeles de Esperanza de Dios, Señor

Amado Señor de Dios de los Ángeles de Esperanza de Dios, Señor

Amado Señor de Dios de los Ángeles de Esperanza de Dios, Señor

Amado Señor de Dios de los Ángeles de Esperanza de Dios, Señor

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
"COLSUBSIDIO"
NIT. 860007336-1

HACE CONSTAR:

Que KATHERINE RIVERA MORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1030604908, trabaja al servicio de la Caja desde el 01 de febrero de 2021, con contrato Indefinido, desempeñando el cargo de Auxiliar Enfermeria .

Se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de abril del año 2023.

Atentamente,

LUIS JAVIER GOMEZ VASQUEZ
Jefe Departamento Compens
Tel. 7447575 Opción 2

Para Confirmación de la información de este certificado por favor escribanos al correo ServicioCliente.ServiciosCompartidos@colsubsidio.com

- Usuario de impresión: 82551

colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
"COLSUBSIDIO"
NIT. 860007335-4

HACE CONSTAR

Que KATHERINE RIVERA MORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1033780-1808 trabaja al servicio de la Caja desde el 07 de Febrero de 2021, con contrato indefinido, desempeñando el cargo de Auxiliar Enfermería

Se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de abril del año 2023

Atentamente,

LUIS JAVIER GOMEZ VASQUEZ
Jefe Departamento Compras
Tel. 7447575 Opción 2

Para Confirmación de la información de esta certificado por favor escribanos al correo ServicioCliente.ServiciosCompartidos@colsubsidio.com

- Usuario de impresión: 82951

Hospital Universitario
Clínica San Rafael
En alianza con

DTH-2169-2020

EL DIRECTOR DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

HACE CONSTAR

Que **KATHERINE RIVERA MORA,** identificada con Cedula de ciudadanía 1030604908, trabajó con el Hospital Universitario Clínica San Rafael desde 01 de octubre de 2015 y hasta el 13 de noviembre de 2020. A la terminación de su contrato ocupaba el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Se expide el presente en Bogotá D.C., a los tres (03) días del mes de diciembre de 2020.

SERGIO IVAN MEJIA LEMA
Director Talento Humano
NATIONAL CLINICS en Alianza con HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

Hospital Universitario
Clínica San Rafael

DTH-2169-2020

EL DIRECTOR DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
CLINICA SAN RAFAEL

HACE CONSTAR

Que KATHERINE RIVERA MORA, identificada con Cedula de ciudadanía 1023904536, trabajó con el Hospital Universitario Clínica San Rafael desde 01 de octubre de 2015 y hasta el 15 de noviembre de 2020. A la terminación de su contrato ocupaba el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Se expide el presente en Bogotá D.C., a los tres (03) días del mes de diciembre de 2020.

SERGIO IVAN MEJIA LEMA
Director Talento Humano
NATIONAL CLINICS es Alianza del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

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

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre	KATHERINE
Apellidos	RIVERA MORA
Fecha de Nacimiento	2/02/1992 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	KATHERINE RIVERA MORA
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	AUXENFERMERIA0113@HOTMAIL.COM
Teléfono	
Celular	3228103211
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	Katherine
SMS para recuperar la contraseña	3228103211

Editar