

 <div>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</div>	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	01/02/2023

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: LADY CAROLINA BERNAL GARZON

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
GESTIÓN 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 SARLAF: 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 fundón 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 visometría *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 - reintroducción corporativa (Todos)	/			
AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
39	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
40	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
42	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
43	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
44	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
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 IADELLE				
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					

 <div>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</div>	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	01/02/2023

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 tránsito				
60	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * 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 ALIMENTACIÓN					
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 (Página 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

NO.	FECHA	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
1	15/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
2	16/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
3	17/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
4	18/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
5	19/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
6	20/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
7	21/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
8	22/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
9	23/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
10	24/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
11	25/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
12	26/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
13	27/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
14	28/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
15	29/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
16	30/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
17	31/01/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
18	01/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
19	02/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
20	03/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
21	04/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
22	05/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
23	06/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
24	07/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
25	08/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
26	09/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
27	10/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
28	11/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
29	12/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
30	13/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
31	14/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
32	15/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
33	16/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
34	17/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
35	18/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
36	19/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
37	20/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
38	21/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
39	22/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
40	23/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
41	24/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
42	25/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
43	26/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
44	27/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
45	28/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
46	29/02/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
47	01/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
48	02/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
49	03/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
50	04/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
51	05/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
52	06/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
53	07/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
54	08/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
55	09/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
56	10/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
57	11/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
58	12/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
59	13/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
60	14/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
61	15/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
62	16/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
63	17/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
64	18/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
65	19/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
66	20/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
67	21/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
68	22/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
69	23/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
70	24/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
71	25/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
72	26/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
73	27/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
74	28/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
75	29/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
76	30/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
77	31/03/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
78	01/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
79	02/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
80	03/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
81	04/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
82	05/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
83	06/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
84	07/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
85	08/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
86	09/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
87	10/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
88	11/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
89	12/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
90	13/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
91	14/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
92	15/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
93	16/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
94	17/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
95	18/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
96	19/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
97	20/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
98	21/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
99	22/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS
100	23/04/2020	IDENTIFICACION	OTROS DATOS



 DIRECTOR GENERAL DE REGISTRO

Soacha, 16 de mayo 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: LADY CAROLINA BERNAL GARZON

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,



Nombre del Contratista: LADY CAROLINA BERNAL GARZON

CC: 107367163 DE SOACHA

Dirección: KM 6 + 200 vía Mesitas del colegio Salto del Tequendama

Email: bernallady0323@gmail.com

Teléfono/ Celular: 3102470792

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRE	Lady Carolina Bernal Garzón
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1073671063 de Soacha.
FECHA DE NACIMIENTO	05 de septiembre de 1986.
LUGAR DE NACIMIENTO	Soacha
ESTADO CIVIL	Unión libre
DIRECCIÓN	Vda San Francisco sector Salto del Tq dama.
TELÉFONO	3102470792.

PERFIL

- 1 año de experiencia laboral como AUXILIAR DE ENFERMERÍA.
- Capacitado para asumir responsabilidades y compromisos en el ámbito laboral.
- Excelente relación interpersonal, respetuoso y colaborador.
- Fácil aprendizaje

ESTUDIOS

Bachiller
IE Eugenio Díaz Castro
El Charquito.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Escuela Teresa de Calcuta.
Soacha

EXPERIENCIA LABORAL

AMBULANCIAS GRUPO SOATT
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERÍA
FUNCIONES: auxiliar en ambulancia y archivo.
JEFE INMEDIATO: YENNY BERNAL
TELÉFONO: 3214654817
TIEMPO LABORADO: 1 año.

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: CLAUDIA BARBOSA
TELÉFONO: 3204788728.

NOMBRE: DERLY AMAYA
TELÉFONO: 3188337066

Lady Carolina Bernal Garzón

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE: ALEXANDER ROJAS
TELÉFONO: 3102380006

NOMBRE: ADRIANA BERNAL
TELÉFONO: 3107504476



Lady carolina Bernal Garzón
CC 1073671063 de Soacha.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.073.671.063**

BERNAL GARZON

APELLIDOS
LADY CAROLINA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-SEP-1986**

SOACHA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

23-NOV-2004 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-1523900-01103483-F-1073671063-20191017 0068306418A 1 53157073



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 223303323



WEB
15:30:41
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 17 de mayo 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) LADY CAROLINA BERNAL GARZON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073671063:

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 Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

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 miércoles 17 de mayo de 2023, a las 15:37:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1073671063
Código de Verificación	1073671063230517153739

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

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



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR

Página 1 de 1



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:39:53 PM horas del 17/05/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1073671063

Apellidos y Nombres: **BERNAL GARZON LADY CAROLINA**

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.



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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Disciplinarios - Antecedentes

La Policía Nacional de Colombia informa que el día 20 de mayo de 2015, se realizó la consulta de los antecedentes penales y disciplinarios de la persona que se encuentra en el presente documento.

NO SE ENCONTRARON ANTECEDENTES PENALES Y DISCIPLINARIOS.

Se recomienda consultar los antecedentes penales y disciplinarios de la persona que se encuentra en el presente documento.

En consecuencia, se recomienda consultar los antecedentes penales y disciplinarios de la persona que se encuentra en el presente documento. La consulta de los antecedentes penales y disciplinarios de la persona que se encuentra en el presente documento, se realizó el día 20 de mayo de 2015, y se encontró que no se encontraron antecedentes penales y disciplinarios.

Esta consulta se realizó en el sistema de consulta de antecedentes penales y disciplinarios de la Policía Nacional de Colombia, y se encontró que no se encontraron antecedentes penales y disciplinarios.

Se recomienda consultar los antecedentes penales y disciplinarios de la persona que se encuentra en el presente documento.

La consulta de los antecedentes penales y disciplinarios de la persona que se encuentra en el presente documento, se realizó el día 20 de mayo de 2015, y se encontró que no se encontraron antecedentes penales y disciplinarios.





Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 17/05/2023 04:44:52 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1073671063** y Nombre: **LADY CAROLINA BERNAL GARZON.**

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. **60787012** . 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 Búsqueda

 Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA

		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14915584635	
					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 7 3 6 7 1 0 6 3		6. DV 9	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 1 0 7 3 6 7 1 0 6 3	
27. Fecha expedición 2 0 0 4 1 1 2 3		28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Cundinamarca 2 5	
30. Ciudad/Municipio Soacha 7 5 4		31. Primer apellido BERNAL		32. Segundo apellido GARZON	
33. Primer nombre LADY		34. Otros nombres CAROLINA		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Soacha 7 5 4	
41. Dirección principal DG 30 S # 16 - 48 CA					
42. Correo electrónico bernalady0323@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 0 2 4 7 0 7 9 2		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 5 1 9	48. Código 8 6 9 9	49. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 5 1 9	50. Código 1 2	51. Código
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 2 0					
20- Obtención NIT					
Obligados aduaneros					
54. Código					
Exportadores					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio					
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 - 25 / 16 : 20 : 51	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante:			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre BERNAL GARZON LADY CAROLINA 985. Cargo CONTRIBUYENTE		

	FORMATO SARLAFT		Código	TH_FTO_45							
			Version	0							
			Vigencia	6/07/2022							
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT											
FECHA:	2023-05-16	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 5.2.2.2.1, 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 PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
BERNAL		GARZON		LADY		CAROLINA					
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)					
C.C. ☒		C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		1073671063		SOACHA		2004-11-23			
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐							
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:					
1986-09-05		SOACHA		COLOMBIA		COLOMBIANA					
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR			
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐				2		2		3102470792			
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA										PROFESION / OFICIO	
MAESTRO ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐										CUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	
DIRECCION RESIDENCIAL:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA			
KM 6+200 SALTO DEL TEQUENDAMA		SOACHA		CUNDINAMARCA		COLOMBIANA		3102470792			
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA							
bermailady0323@gmail.com		N/A		PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐							
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX			
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			
2. DATOS DEL CONYUGE											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
ROJAS		TORRES		JOSE		ALEXANDER					
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)					
C.C. ☒		C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		3152075		SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA		1998-03-30			
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD: COLOMBIANO					
3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:											
ASALARIADO ☐		ESTUDIANTE ☐		HOJAR ☐		PENSIONADO ☐		CUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA			
SOCIO ☐		CONTRATISTA ☒		COMERCIANTE ☐		EMPLEADO PUBLICO ☐					
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA:							
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA					
		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		8692 8699					
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒			
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA							
SI ☐ NO ☒		NO ☒		ESE Región de Salud Soacha							
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒		# NIT		80006850-3					
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐											
OTRA ☐		CUAL:									

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Código	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	6/07/2022
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9-85		7309230	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	—
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	PASIVOS
SALARIOS	\$ 2.400.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 2.000.000	AHORROS	SALDO HIPOTECA
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES	TARJETAS DE CREDITO
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	DEUDA VEHICULOS
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	DEUDAS TERCEROS
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	OTROS PASIVOS*
TOTAL INGRESOS	\$ 2.400.000	TOTAL EGRESOS	\$ 2.000.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 17.000.000
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 estar localizable en horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
BARBOSA	BERNAL	CLAUDIA	YAZMIN		
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR		
KM 8 SALTO DEL TEQUENDAMA	SOACHA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	AMIGA	320-6700720		
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	272353087	SOACHA		
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 EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					
CUAL:					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
<p>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":</p> <p>1. Que los recursos que entregue y entregará a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):</p> <p>AUXILIAR DE ENFERMERIA</p> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas.</p> <p>5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.</p> <p>6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a 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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a 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.</p> <p>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</p>					
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS					
<p>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.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendible de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>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.</p> <p>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</p>					



Cancer

TM STD 49

4. **परिचय**

1

Keywords: child sexual abuse; disclosure; help-seeking; mental health

457/2003

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 contenidos en el presente formulario de consentimiento del Cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Leishmanio de Activo y la Planificación del Territorio.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, los datos personales que incluyen la protección de datos personales y que se clasifican como datos sensibles, no son aplicables a los fines de prevención y control que surge por finalidad la prevención, diagnóstico, tratamiento y control del leishmanio de Activo y el funcionamiento del territorio por lo que en principio no obstante no reportar a los datos sensibles de la misma la cual previene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio térmico del riesgo se utilizan observando las disposiciones legales y normas.
4. Que los datos también se usará para fines adicionales, tales por lo cual procedo a anotar lo siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, autorizamos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALTI S.R.L.A. con N° 0000000000, ubicada en la Calle 13 N° 89 y/o cualquier sucursal o Unidad Privadora de Servicios de Salud, autorizada directa o indirectamente por la misma, otorgar esta autorización.

Declare any competing interests

- A. Que para efectos de acceder a los beneficios y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALTOS SOA HA, yo manifiesto que soy un Ciudadano Prestador de Servicios de Salud, debidamente habilitado, suministrando mis datos para todos sus fines preventivos/controladores / continuados que constarán las actividades de prestación de servicios de salud.
- B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALTOS SOA HA es una Unidad Prestadora de Servicios de Salud con buen manejo administrativo.
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALTOS SOA HA en las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para los siguientes fines:
- a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor cliente, dentro del contrato contractual Servicio Público, contratado por EPS y/o proveedor de bienes o servicios en el proceso de negociación de contratos con la FSE u/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, excluyendo la determinación de tarifas y/o cobros y/o selección de rangos. b) La ejecución y el cumplimiento de las obligaciones que caben al El control y la prevención del riesgo c) La liquidación y pago de cuentas d) Todo lo que se requiere para gestionar integralmente los bienes y servicios contratados e) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud f) La elaboración de estudios técnicos estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general cualquier tipo de estudio sobre g) Envío de información relativa a consultas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con su salud h) Realización de encuestas sobre satisfacción con los servicios prestados por la FSE u/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud i) Entrega de informes a los Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y 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 modifican y a los reglamentos respectivos aplicables j) Intercambio de información con entidades de crédito k) Incidencia automática cuando necesite por Colombia, en la prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo
2. El otorgante podrá ser consultado directamente por donde quiera o por un representante del tratamiento que ello autorice cuando sea necesario.

3. **CRÍMENS DE LA INFORMACIÓN.** Que los datos suministrados podrán ser tomados, transmitidos, almacenados, transferidos o divulgados para la finalidad económica a) a las personas físicas que tienen la calidad de asociados o miembros o en sus unidades Previsoras de Servicios de Salud o b) a las personas físicas que tienen la calidad de asociados o miembros o en sus unidades Previsoras de Servicios de Salud, tales como mal estar, enfermedades, compañías de seguros, todas las demás situaciones o eventos que surten efecto en los clientes o contrapartes que intervengan en el proceso de diagnóstico, atención, tratamiento e implementación de servicios de atención de salud o c) a las personas físicas que tienen la calidad de asociados o miembros o en sus unidades Previsoras de Servicios de Salud tales como gobiernos de parte de los de la celebración de contratos de seguros o reaseguros o a la IAF. En todas y en cualquier caso, persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de riesgos, la información de riesgos y control de riesgos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tal como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES.** Que en determinadas situaciones en las cuales resulta indispensable transferir información internacional de una clínica para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. **DATOS SENSIBLES.** Que son los datos los que responden a las preguntas que son las hechas o los hechos sobre datos personales sensibles, de confidencialidad o de información legalmente protegida. En consecuencia, no se debe obligar a proporcionar, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que estamos expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, un supuesto, los relativos de la salud y los datos biométricos. Por lo tanto, para efectos del presente formulario de consentimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el artículo 23 del Título 5 de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular 0005 de 2009 de la Superintendencia Nacional de Salud, entre los motivos.

- DECLARACIÓN DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Yo, el titular de la información, me comprometo a utilizar de la información, sus datos los derechos previstos en la Ley 1260 de 2018 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar o suprimir los datos que se hayan registrado sobre mí.
- C. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION:** Quien responsable del tratamiento de la información por la ESE Pego ya de la salud S.A.S., es el Unidad de Promoción de Salud, cuyos datos de contacto se encuentran en el cumplimiento de esta información. En todo caso, las actividades del Tratamiento de los datos que se conforman mediante transmisión, entrega o devoluciones, en cualquier forma prevista en el literal c) del material 1 anterior son a la ESE Pego de Salud S.A.S. y no al Unidades Promotoras de Servicios de Salud (calle 11 No. 9-97, Santa Fe, Colombia (601) 738 92 30). Para otras personas jurídicas legalmente autorizadas para la subcontratación de bienes o datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).
- D. AUTORIZACIÓN:** Los datos expresos, AUTORIZAMOS al tratamiento de los datos personales incluidos los nombres y apellidos, 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

СОНОВИЧЕВ АНДРАШ СУДАНОВИЧЕВИЧ ПАТРИСТИЧЕСКИ АСЦЕТИЗМОС НА БУДУЩЕТО А БУДУЩАТА КИНО-И НА
БЛАГОУСТАНОВКА НА НАУКАТА И ВЪЗНИКАВА НА ТОКА НА НАУКАТА И НАУКАТА (ДОСЕГАШНО)


Firma Cliente / Representante Legal



I. DATOS DEL TRÁMITE

Lee las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Colaborante o cabeza de familia Beneficiario o afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo B. Subsistiendo	4. Tipo de afiliado A. Contributivo B. Cabeza de familia C. Beneficiario	5. Tipo de coludante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	Código (a registrar por la EPS)
--	--	--	---	---	------------------------------------

A. APLICACIÓN **II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del coludante o cabeza de familia)**

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento
------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	-------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ Causado ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - BC	18. Residencia	19. Zona Urbana ☐ Rural ☐			

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

20. Apellidos y nombres	21. Tipo de documento de identidad	22. Número del documento de identidad	23. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	24. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco		30. Etnia	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre										
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													

Selección de la EPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
---	--

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 de pensiones (a registrar por la EPS)
---------------------------	---	--	--

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de 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 ☐ 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 pagar cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Modificación A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsistiendo ☐ 14. Traslado A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al acoso ☐ 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	42. Fecha novedad
Tipo de documento de identidad ☐ Número del documento de identidad ☐ Sexo Femenino ☐ Masculino ☐ Fecha de nacimiento ☐ 43. EPS anterior ☐ 44. Motivo de traslado ☐ 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones ☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o 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 impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no información del coludante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del coludante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados y afiliados adicionales y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del coludante 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 EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMA

[Firma manuscrita]

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ JA ☐ CE ☐ CO ☐ SC ☐

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 la unión marital ☐

60. Copia del certificado de adopción o acta de salvaje del menor ☐

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia ☐

62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el coludante sobre la ausencia de los dos padres ☐

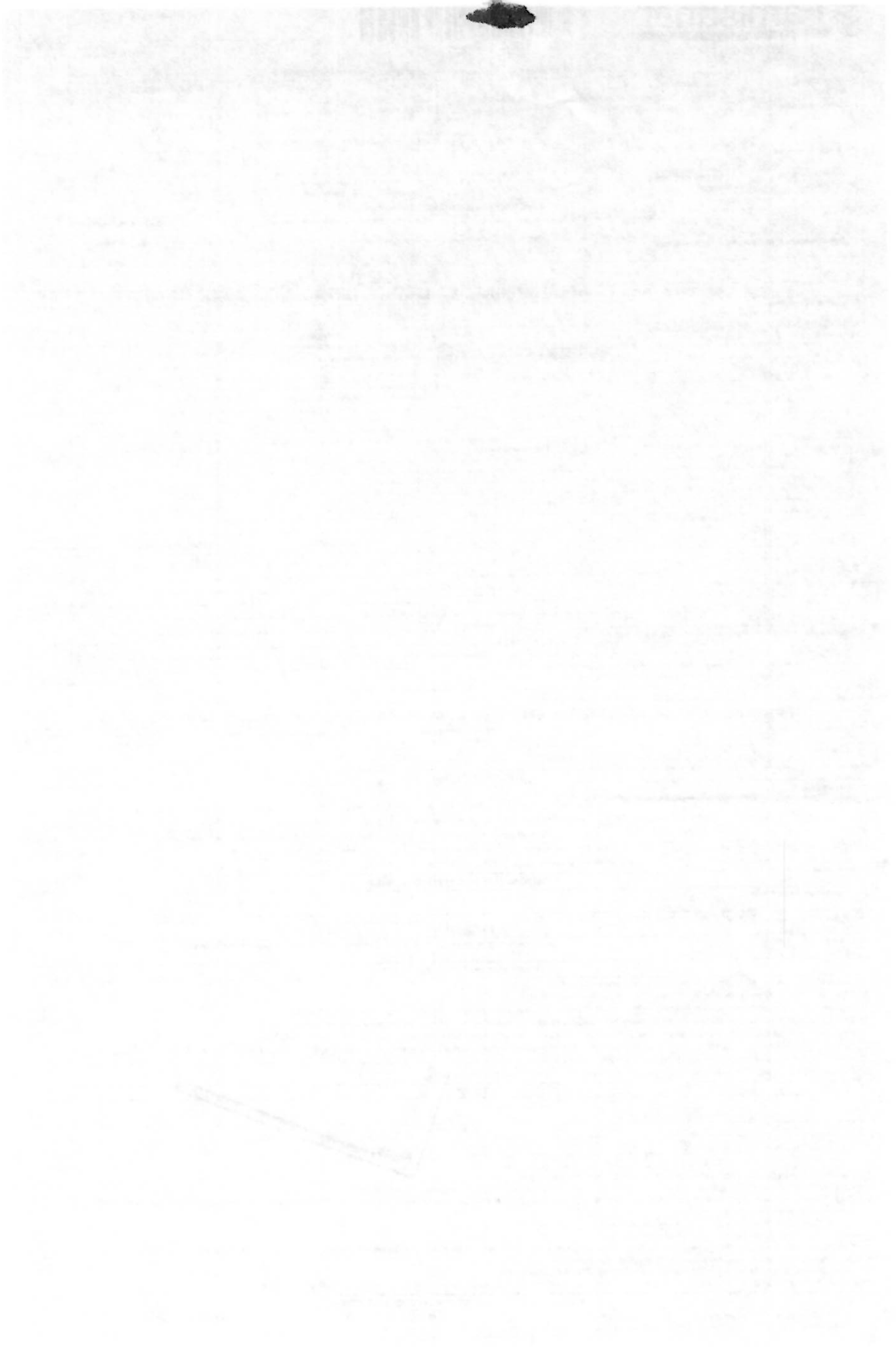
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud ☐

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 SISBEN Número de la ficha ☐ Puntaje ☐ Nivel ☐	68. Fecha de radicación ☐	69. Fecha de validación ☐
--	---	--	--



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LADY CAROLINA BERNAL GARZON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1073671063**, se encuentra afiliado/a desde **24/10/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de mayo de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Bernal		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Garzón		NOMBRES Lady Carolina		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1073871063			SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.				
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 05 MES 09 AÑO 1986 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SOACHA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Diagonal 30 sur No. 16-48 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SOACHA TELÉFONO EMAIL bernallady0323@gmail.com			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2016

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
PRESENCIAL	EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION H.S.E.Q	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE BASICO DE VIDA	08	2022
PRESENCIAL	EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION H.S.E.Q	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL AVANZADO	03	2022
PRESENCIAL	EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION H.S.E.Q	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	PRIMEROS AXILIOS	02	2022
PRESENCIAL	Empresa Colombiana de Capacitación H.S.E.Q	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	Programa Ampliado de Inmunización	02	2022
PRESENCIAL	Escuela Teresa de Calcuta	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	Técnico en auxiliar de enfermería	11	2021

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Ambulancias grupo soatt		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
	Día	05	Mes	01	Año	2020	Día	05	Mes	01	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL A ADMINISTRATIVOXILIAR	DEPENDENCIA A TERMINO FIJO			DIRECCIÓN DIAGONAL 30 SUR - 16 SUR Diagonal 30 sur #16-48							

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	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	0



FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO
GAITAN YAGUAS -
SOACHA

periodo

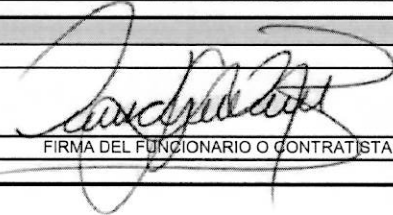
01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACION JURAMENTADA				
1.1. DE BIENES Y RENTAS				
YO, LADY CAROLINA BERNAL GARZON				
IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.073.671.063 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Soacha				
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio SOACHA
Dirección		DIAGONAL 30 SUR No. 16-48 Sector de Santa Ana		
		Teléfonos 3102470792		
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARENTESCO
JAIRO JAVIER BERNAL OLAYA		17.317.366 de Villavicencio		PADRE
FLOR ALBA GARZON COCA		41.771.440 de Bogotá		MADRE
MICHEL VALERIA ROJAS BERNAL		1.071.329.144 de San Antonio		HIJA
EVELYN SAMAY ROJAS BERNAL		1.074.820.088 de Soacha		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 X 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				500.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS				
GASTOS DE REPRESENTACION				-
ARRIENDOS				-
HONORARIOS				-
OTROS INGRESOS Y RENTAS				-
TOTAL				\$ 500.000
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
BANCO DE BOGOTÁ	AHORROS	272353087	SOACHA	\$ -
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN			VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)		
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:		
ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES		
a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:		
ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO	
b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:		
CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO	
c) En la actualidad: SIX NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
ALEXANDER ROJAS TORRES	C.C. X C.E. T.I.	3.152.075

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA	
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:	
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA	
	SOACHA, MAYO 25 DE 2023
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

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

Soacha,16 de mayo de 2023_

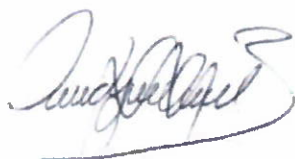
NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo LADY CAROLINA BERNAL GARZON_____, identificado(a) con cedula No. 1073671063 de Soacha_, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: AUXILIAR DE ENFERMERIA_____, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,



LADY CAROLINA BERNAL GARZON

C.C 1073671063

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgv.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca-Colombia.

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

 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, 16 de mayo de 2023

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

Yo LADY CAROLINA BERNAL GARZON, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1073671063 de Soacha, por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,



C.C. No. 1073671063 de Soacha

		REPUBLICA DE CUBA MINISTRO DE SALUD
FORMULARIO DE EXAMEN MEDICO		
NOMBRE Y APELLIDOS _____	EDAD _____	SEXO _____
PROFESION _____	DISTRITO _____	FECHA _____

Examinado en _____ de _____ de 2013

Examinado por _____
 MEDICO GENERALISTA

El presente examen tiene como finalidad determinar el estado de salud del paciente y detectar posibles alteraciones que requieran intervención médica.

ANTECEDENTES: El paciente refiere que no tiene antecedentes de enfermedades crónicas, ni antecedentes de cirugías. No refiere haber tomado medicamentos de forma regular. No refiere haber consumido alcohol o drogas. No refiere haber estado en contacto con personas enfermas recientemente.

EXAMEN FISICO: El paciente se encuentra consciente, orientado y cooperante. No refiere dolor alguno. La inspección visual revela un paciente de complexión normal, sin signos de desnutrición o sobrepeso. La palpación revela un abdomen blando, sin dolor ni masa palpable. Los pulmones presentan rales crepitantes en la base de ambos pulmones. El corazón presenta un ritmo regular y sin soplos. Los riñones no se palpan. Los miembros superiores y inferiores presentan un tono muscular normal y reflejos tendinosos presentes. Los ganglios linfáticos no se palpan.

EXAMEN DE LABORATORIO: Se realizaron análisis de sangre y orina. Los resultados de los análisis de sangre muestran niveles normales de hemoglobina, hematocrito y glóbulos rojos. Los niveles de glucosa en ayunas son normales. Los niveles de colesterol total, triglicéridos y HDL son normales. Los niveles de creatinina y urea son normales. Los resultados de los análisis de orina muestran un pH normal, sin glucosa, sin proteínas y sin células.

En conclusión, el paciente se encuentra en buen estado de salud, sin signos de enfermedad aguda o crónica. Se recomienda mantener una dieta equilibrada y realizar ejercicio físico regularmente.

Firma del médico:

Dr. _____

El presente examen fue realizado en el consultorio del paciente, ubicado en _____.

Fecha:

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

ARL AXXA COLPATRIA__

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: LADY CAROLINA BERNAL GARZON_____
Nº Documento: 1073671063 DE SOCHA_____
Fecha de Nacimiento: 5 / 0 9 / 1 9 8 6 _____
Dirección: KM 6 + 200 SALTO DEL TEQUENDAMA_____
Teléfono. Fijo – Celular: 3102470792_____
E-mail: bernallady1905@gmail.com_____
EPS: FAMISANAR_____
AFP: COLPENSIONES_____

Firma Contratista: _____
.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: MAYO_____
Fecha Finalización: DICIEMBRE_____
Valor mensual: \$ 2400000_____
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.

		INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS VENEZUELA
FORMULARIO PARA REALIZAR LA EVALUACIÓN AL ALUMNO	NOMBRE DEL ALUMNO: _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ FECHA DE EVALUACIÓN: _____	NOMBRE DEL PROFESOR: _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ FECHA DE EVALUACIÓN: _____

VER 1.0.0.0

OBJETIVOS DE LA ASIGNATURA

- 1. Comprender los fundamentos de la fisiología humana.
- 2. Identificar los principales sistemas de órganos y su función.
- 3. Analizar los procesos fisiológicos que ocurren en el cuerpo humano.
- 4. Aplicar los conocimientos adquiridos en la práctica clínica.
- 5. Desarrollar habilidades de pensamiento crítico y resolución de problemas.
- 6. Trabajar en equipo y comunicarse efectivamente.
- 7. Mantenerse actualizado en los avances de la fisiología.
- 8. Ser capaz de aplicar los conocimientos en la práctica profesional.

CONTENIDOS DE LA ASIGNATURA

- 1. Introducción a la fisiología humana.
- 2. Fisiología celular y molecular.
- 3. Fisiología del sistema cardiovascular.
- 4. Fisiología del sistema respiratorio.
- 5. Fisiología del sistema digestivo.
- 6. Fisiología del sistema urinario.
- 7. Fisiología del sistema endocrino.
- 8. Fisiología del sistema nervioso.
- 9. Fisiología del sistema musculoesquelético.
- 10. Fisiología del sistema reproductivo.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- 1. Participación activa en clase.
- 2. Asistencia regular a las clases.
- 3. Calificación de los trabajos prácticos.
- 4. Calificación de los exámenes.
- 5. Calificación de la tesis final.

NOTA: El profesor de esta asignatura es responsable de la calificación final del alumno.

Este formulario es propiedad del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas y no debe ser reproducido sin el consentimiento escrito del mismo.

 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 16 de mayo de 2023_____

Señores:

ESCUELA TERESA DE CALCUTA

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo LADY CAROLINA BERNAL GARZON, 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 “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 DE ENFERMERIA

Cordialmente;



Firma _____

Nº Documento 1073671063 DE SOACHA

Tarjeta Profesional Nº _____

Dirección de contacto KM 6+200 SALTO DEL TEQUENDAMA

Teléfono 3102470792

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

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

Yo, LADY CAROLINA BERNAL GARZON _____, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1073671063, expedida en Soacha _____, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las 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 pudiese 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

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

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

	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

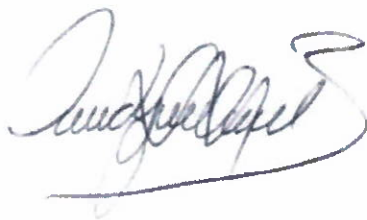
Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas 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: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 16 días del mes de mayo de 2023 _____

Firma y huella

3102470792

Celular No.

Correo institucional



MINISTERIO DE SALUD
NACIONAL

COMPROBANTE DE CUMPLIMIENTO DE LA INFORMACION CONTRATISTAS

PROCESO	CONTRATACION DE SERVICIOS
FECHA	2017-07-17
CONTRATISTA	CONTRATISTA

Este comprobante tiene el carácter de documento de respaldo y no tiene valor legal.



[Faint signature or stamp]

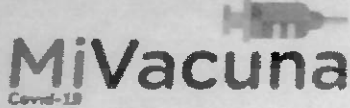
Fecha de emisión

2017-07-17

Valor del contrato

[Faint text at the bottom of the page]

Enfermedad	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunado	Cédula del vacunado
COVID-19	1	13/08 2021	Moderna	0560 21A	CM Soculta	meliza D.O.R	103710244
	2	12 Enero 2021	Moderna	0158200	Salud Positiva	Marcelo	103244104



MiVacuna
Covid-19

www.missalud.gov.co


 La salud es de todos
 
MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombre: Lady Carolina
 Apellidos: Bernal Barron
 Documento de identidad: ☒ CEXI ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ Otro ☐ OMI

No. 1.093.611.063

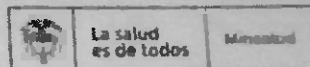
Fecha de nacimiento:

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombre: **José Carlos**
Apellidos: **Brown & Brown**
Documento de identidad: C.C. ☒ Pasaporte No **107367063**
Fecha de nacimiento: De Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Tétanos Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3	1/7/20	VA. HOSPITAL MARIA GAITAN YANQUIAS BOGOTÁ	
	4			
	5	1 Julio 2022	CO. SALTA EXTERNA	
TdP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Antígeno	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	1/6/2020	0320403A	
	2			
	3			
	4			
Anticéptica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
OTROS



Fecha: 23/May/2023, Hora: 07:38:43 a.m.
Apellido: BERNAL GARZON Nombre: LADY CAROLINA
Tipo Doc: CC Nro Identidad: 1073671063
Empresa: Particular
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Direccion: KIM 6 + 200 MESITAS

HC: # 54799
Edad: 36 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 05/Sep/1986
Rh: O+

Telefono: Celular: 3102470792 Email: Estado Civil: Union Libre
Ciudad: Norte de Santander - Abrego

Exámenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto

APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones

Uso de Elementos de Proteccion Personal
Higiene Postural
Pausas Activas
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*EJERCICIO CARDIOVASCULAR 45 MINUTOS MINIMO 3 VECES POR SEMANAS.SOLICITAR VALORACION Y SEGUIMIENTO POR NUTRICIONISTA EN SU EPS.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

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

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

Tatiana Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0526/2015
LIC.S.O. 3594/2016

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

LADY CAROLINA BERNAL GARZON
CC 1073671063

Huella
Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca).

Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009. Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

Acuerdo N° 00068 del 30 de Marzo de 2016, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Renovación Registro del programa N° 01531 del 20 de Junio de 2016, Emanada por la Secretaría de Educación y cultura del Municipio de Soacha (Cundinamarca).

CERTIFICA

LADY CAROLINA BERNAL GARZÓN

QUE:

C.C 1.073.671.063 DE SOACHA

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

Le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias
**TÉCNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN ENFERMERÍA**

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal



LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Acuerdo N° 00068 del 30 de Marzo de 2016, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Renovación Registro del programa N° 01531 del 20 de Junio de 2016, Emanada por la Secretaría de Educación y cultura del Municipio de Soacha (Cundinamarca).

ACTA GENERAL N° C 041

ACTA INDIVIDUAL N° C 3915

En Soacha (Cundinamarca), El día 04 de Diciembre del año 2021, se reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta, el Representante Legal, la Directora General, la Directora Académica y el cuerpo de docentes.
Previo Juramento de rigor se le hizo entrega a:

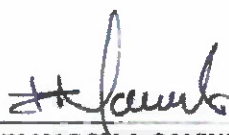
LADY CAROLINA BERNAL GARZÓN

C.C 1.073.671.063 DE SOACHA

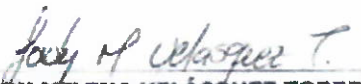
Le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias
**TÉCNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN ENFERMERÍA**

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

Para constancia se firma la presente en Soacha (Cundinamarca)
a los 04 Días del mes de Diciembre del año 2021.


JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal




LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-05-15 -- 4:09:29 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1073671063	LADY	CAROLINA	BERNAL	GARZON	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) LADY CAROLINA BERNAL GARZON identificado(a) con CC 1073671063 registra La siguiente información:

2023-05-15 -- 4:09:29 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2022-02-14	387	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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).

10/10/10

10/10/10 10/10/10

10/10/10 10/10/10



10/10/10 10/10/10 10/10/10 10/10/10

10/10/10



10/10/10
10/10/10
10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10
10/10/10
10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10



PREVENCIÓN INTEGRAL HSEQ S.A.S.
NIT: 900630347



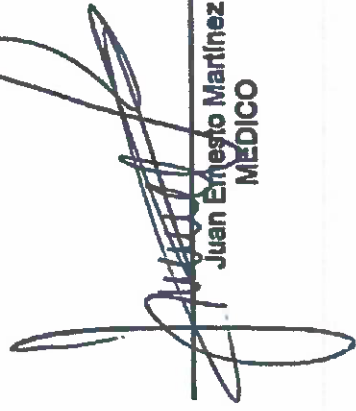
Certificado

ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Certifica que **LADY CAROLINA BERNAL GARZON** con

CC: 1.073.671.063 asistió y participó en el curso de capacitación en atención integral en salud para víctimas de abuso sexual (CODIGO BLANCO) dictado en Soacha, Cundinamarca los días 05 y 06 del mes de **MAYO** del año 2023 con una intensidad horaria de 40 horas.

Dado a los 06 días del mes de Mayo del año 2023


Juan Ernesto Martínez
MEDICO


Yageth Usaquén Ramírez
Gerente Administrativa



PREVENCIÓN INTEGRAL HSEQ S.A.S.

NIT: 900630347

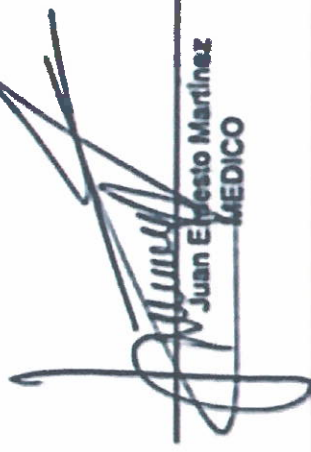


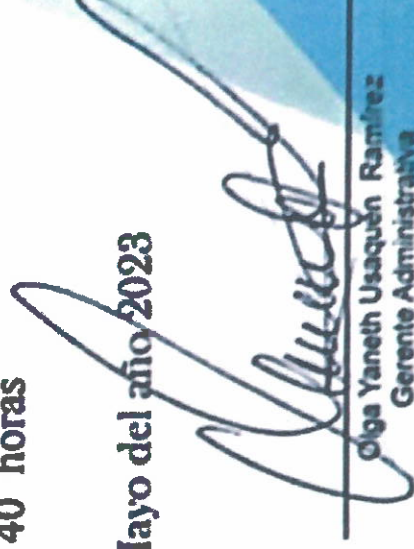
Certificado

GESTION DEL DUELO

Certifica que LADY CAROLINA BERNAL GARZON con
CC: 1.073.671.063 asistió y participó en el curso de capacitación en gestión del duelo
dictado en Soacha, Cundinamarca los días 04 y 05 del mes de MAYO del año 2023
con una intensidad horaria de 40 horas

Dado a los 05 días del mes de Mayo del año 2023


Juan Ernesto Martínez
MEDICO


Olga Yaneth Usaquen Ramírez
Gerente Administrativa

12

2



AMERICAN RED CROSS

obstetrics

CESTION DET DNETO

AMERICAN RED CROSS

obstetrics
CESTION DET DNETO

AMERICAN RED CROSS

[Signature]

[Signature]

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Lady Carolina Bernal Garzón

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: mayo 25, 2023



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA



} }

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATLAS DE SALUD REGIONAL



CERTIFICACIÓN:

RODRIGO ALVARO GARCIA

COORDINADOR GENERAL

BOGOTÁ, D.C. - 2014

BOGOTÁ, D.C. - 2014

BOGOTÁ, D.C. - 2014





La República de Colombia
y en su nombre

Escuela de Salud Teresa de Calcuta

Aprobado por el ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo N°. 056 de Diciembre 17 del 2003, Licencia de funcionamiento N°19 del 7 de Mayo del 2004
Emanada de la Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca)



Confiere
Mención de Honor
a:
Bernal Garzon Lady Carolina

Por su
Esfuerzo, dedicación y compromiso durante su formación en la Institución



Marcela Galindo Gómez

Marcela Galindo Gómez
Representante Legal

Flor Marina Gómez

Flor Marina Gómez
Directora General



EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION H.S.E.Q.



Certificado

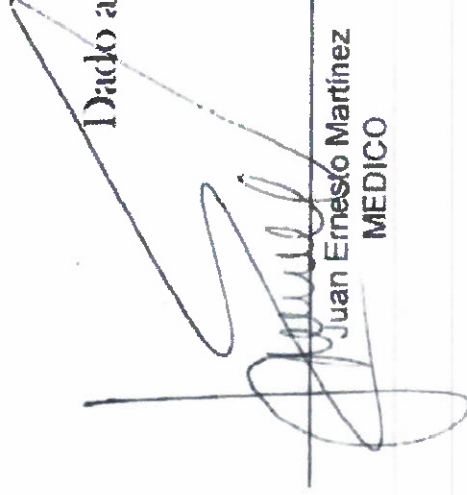
SOPORTE BASICO DE VIDA

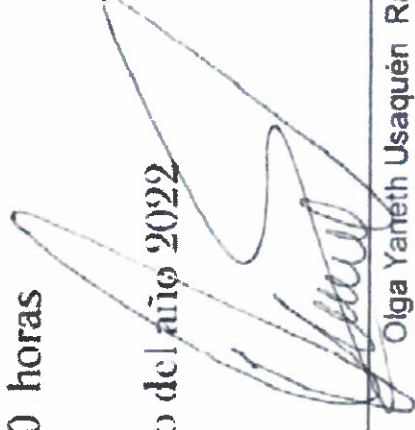
Certifica que **LADY CAROLINA BERNAL GARZON** con

CC: **1.073.671.063** asistió y participó en el curso de capacitación en soporte básico de vida (B.L.S) dictado en Soacha, Cundinamarca los días

04 y 05 del mes de **MARZO** del año **2022**
con una intensidad horaria de 40 horas

Dado a los 05 días del mes de agosto del año 2022


Juan Ernesto Martínez
MEDICO


Olga Yaneth Usaquén Ramírez
Gerente Administrativa



EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION H.S.E.Q.



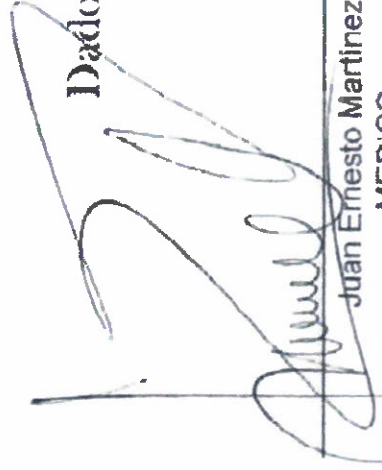
Certificado

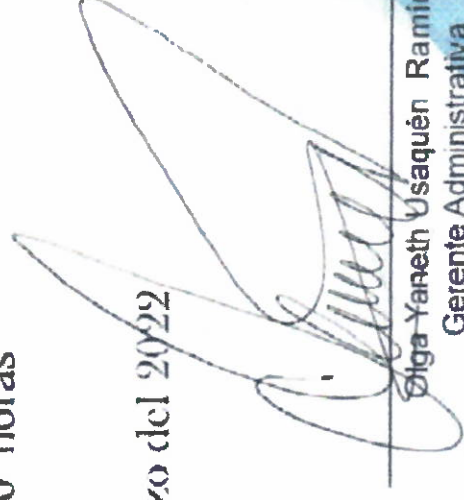
SOPORTE VITAL AVANZADO

Certifica que **LADY CAROLINA BERNAL GARZON** con

CC: **1.073.671.063** asistió y participó en el curso de capacitación en soporte vital avanzado (A.C.L.S) dictado en SOACHA, Cundinamarca el día **01,05Y06** de **MARZO** del año **2022** con una intensidad horaria de 60 horas

Dado a los 06 días del mes de marzo del 2022


Juan Ernesto Martínez
MEDICO


Olga Yaneth Usaquén Ramírez
Gerente Administrativa



PREVENCIÓN INTEGRAL HSEQ S.A.S.

NIT: 900630347

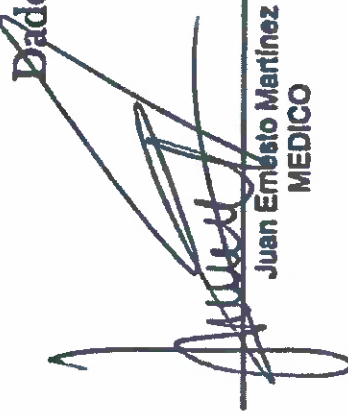


Certificado

CURSO DE ACTUALIZACION BASICA DE NORMAS DE ENFERMERIA

Certifica que **LADY CAROLINA BERNAL GARZON** con

CC: 1.073.671.063 asistió y participó en el curso de capacitación en inducción y
reinducción de normas básicas de enfermería dictado en Soacha, Cundinamarca los días 10
del mes de **MAYO** del año **2023** con una intensidad horaria de 20 horas.


Juan Ernesto Martínez
MEDICO

Dado a los 10 días del mes de Mayo del año 2023


Olga Yaneth Usaquén Ramírez
Gerente Administrativa



EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION H.S.E.Q.



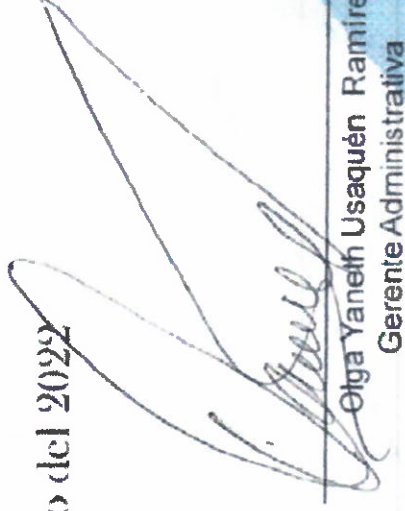
Certificado

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

Certifica que **LADY CAROLINA BERNAL GARZON** con
CC: **1.073.671.063** participo en el curso de capacitación en programa ampliado de inmunización
(P.A.I) dictado en SOACHA, Cundinamarca los días **2y3** del mes de **FEBRERO** del año **2022**
con una intensidad horaria de **40** horas

Dado a los 3 días del mes de febrero del 2022


Juan Ernesto Martínez
MEDICO


Olga Yaneth Usaquén Ramírez
Gerente Administrativa



EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION H.S.E.Q.



Certificado

PRIMEROS AUXILIOS

Certifica que **LADY CAROLINA BERNAL GARZON** con
CC: **1.073.671.063** asistió y participo en el curso de capacitación en primeros
auxilios dictado en **SOACHA, Cundinamarca** el día **17 de FEBRERO de 2022**
con una intensidad horaria de **20 horas**

Dado a los 17 días del mes de febrero del 2022

Juan Ernesto Martínez
MEDICO

Olga Yaneth Usaquén Ramirez
Gerente Administrativa

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILL. 60607-7099

1000 N. Dearborn St.

CHICAGO, ILL. 60610

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS



)

)



AMBULANCIAS GRUPO SOATT S.A.S

VELAMOS POR SU VIDA

**AMBULANCIAS GRUPO SOATT S.A.S
NIT 900641253-1**

CERTIFICA QUE:

La señora **LADY CAROLINA BERNAL GARZON**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.073.671.063, laboro en nuestra empresa desde el día 01 de mayo de 2019 hasta el día 05 de enero del año 2020, con un contrato por prestación de servicios, desempeñando el cargo de auxiliar de enfermería y apoyando el área de archivo.

Durante el periodo laborado ha demostrado ser una persona puntual, responsable, honesta, eficiente y trabajadora.

Este certificado se expide a los 17 días del mes de mayo del año 2023.

YENNY LILIANA BERNAL
CC. 52902972
REPRESENTANTE LEGAL

Nit: 900641253-1 Régimen Común
Dirección: Diagonal 30 Sur No. 16 46 Soacha Celular: 3214654817
E-mail:ambulanciasgruposoatt@hotmail.com

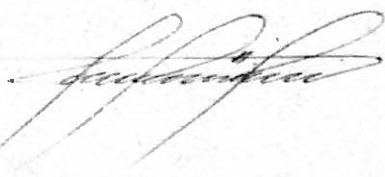
EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona LADY CAROLINA BERNAL GARZON identificado(a) con CC 1073671063 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 272353087 desde el 19 de mayo de 2023, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 19 de mayo de 2023, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogotá

11

12

11

