

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSION	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: OMAR FABIAN MEDINA PORRAS

CARGO: MEDICO GENERAL

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
GESTION DEL TALENTO HUMANO					
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	/			
2	Hoja de vida en pdf (actualizada con foto)	/			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	/			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	/			
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No menor a tres meses	/			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses	/			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	/			
8	Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses	/			
9	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	/			
10	RUT Actualizado	/			
11	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	/			
12	Certificado actual de afiliación EPS	/			
13	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	/			
14	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	/			
15	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II	/			
16	Formato de oferta de prestación de servicios	/			
17	Formato de indemnidad	/			
18	Formato de ARL	/			
19	Autorización manejo de datos personales (habeas data)	/			
20	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	/			
21	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	/			
22	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	/			
23	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	/			
24	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y 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 – reinducción corporativa (Todos)	/			
AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
39	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
40	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
42	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLÓGICAS					
43	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia	/			
44	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (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 JADELLE				

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

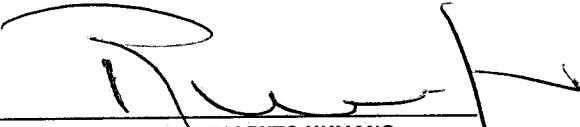
52	Certificado de formación en toma de citología				
53	Soporte vital avanzado				
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
54	Soporte vital avanzado				
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
55	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
56	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
57	Registro único nacional de tránsito RUNT				
58	Licencia de conducción				
59	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito				
60	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensoométricas * 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, visimetría 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

Soacha, 10 de Abril de 2023

Doctora.

ALEXANDRA GONZALEZ MORENO

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: OMAR FABIAN MEDINA PORRAS

Cargo: MEDICO URGENCIAS

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: OMAR FABIAN MEDINA PORRAS

CC: 79791982

Dirección: Transversal 53 g # 1 a -59 sur

Email: omarmepo@hotmail.com

Teléfono/ Celular: 3112720657

OMAR FABIAN MEDINA PORRAS
MEDICO GENERAL



Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Celular: 311 2720657 -318 4104202
Correo Electrónico: omarmepo@hotmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Soy profesional en Medicina con conocimientos y aptitudes para realizar labores de promoción y prevención, atención de urgencias, diagnóstico y tratamiento de las patologías que afectan al ser humano, englobando los conocimientos derivados de todas las disciplinas médicas con principios humanísticos, caracterizándome como una persona responsable, honesta y puntual en las labores que se me asignen, así como destreza para trabajar en equipo y el hábito emprendedor como factor de desarrollo personal y profesional.

FORMACIÓN ACADÉMICA

➤ **Universitarios:**

- **Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.**
Hospital de San José –Facultad de Medicina
- Santafé de Bogotá D.C
- Título obtenido: Médico
- Diciembre de 2010

CURSOS REALIZADOS

➤ **BASIC LIFE SUPPORT (BLS)**

Institución Nacional de Brigadistas Técnicos de Colombia –
"INABTEC
Noviembre de 2022. Santafé de Bogotá.

➤ **ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT (ACLS)**

Institución Nacional de Brigadistas Técnicos de Colombia –
"INABTEC
Noviembre de 2022. Santafé de Bogotá

➤ **ATENCIÓN A PACIENTE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL**

Institución Nacional de Brigadistas Técnicos de Colombia –
"INABTEC
Noviembre de 2022. Santafé de Bogotá

➤ **PRIMER RESPONDEDOR EN SALUD A SOBREVIVIENTES VICTIMAS POR QUEMADURAS DE AGENTES QUIMICOS.**

Institucion Nacional de Brigadistas Técnicos de Colombia –
"INABTEC

Noviembre de 2021. Santafé de Bogotá

➤ **GESTIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEGIDOS**

Institucion Nacional de Brigadistas Técnicos de Colombia –
"INABTEC

Noviembre de 2021. Santafé de Bogotá

➤ **MANEJO INTEGRAL DEL DUELO**

Institución Nacional de Brigadistas Técnicos de Colombia –
"INABTEC

Mayo 31 de 2022. Santafé de Bogotá

➤ **"POCT" PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCION DEL PACIENTE**

Institución Nacional de Brigadistas Técnicos de Colombia –
"INABTEC

Mayo de 2022. Santafé de Bogotá.

➤ **CURSO DE ULTRASONIDO EN EMERGENCIAS Y CUIDADO CRITICO**

Universidad del Rosario

Octubre 04 de 2014. Santafé de Bogotá.

EXPERIENCIA LABORAL

❖ HOSPITAL DE BOSA II NIVEL

- **Cargo Desempeñado:** Médico De Urgencias y Hospitalización
- **Tiempo Laborado :** Abril de 2020 a Agosto de 2022

❖ HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL

- **Cargo Desempeñado:** Médico De Urgencias y Hospitalización
- **Tiempo Laborado :** Febrero de 2017 a Enero de 2019

❖ CLINICA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA EUSALUD III NIVEL

- **Cargo Desempeñado:** Médico De Urgencias y Hospitalización
- **Tiempo Laborado :** Julio a Septiembre de 2016

❖ HOSPITAL DE KENNEDY III NIVEL

- **Cargo Desempeñado:** Médico De Urgencias y Hospitalización
- **Tiempo Laborado** Septiembre de 2013 a Agosto de 2014

❖ HOSPITAL DE MEISSEN II NIVEL

- **Cargo Desempeñado:** Médico De Urgencias y Hospitalización
- **Tiempo Laborado :** Mayo de 2013 a Enero de 2014

❖ **HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL**

- **Cargo Desempeñado:** Médico De Urgencias y Hospitalización
- **Tiempo Laborado :** Noviembre de 2012 a Enero de 2013



DR OMAR MEDINA
RM:3707/12

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.791.982

MEDINA PORRAS

APELLIDOS

OMAR FABIAN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1977

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

30-SEP-1995 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES




REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Primera Clase

77071906062

PERTENECE AL EJERCITO DE
 1A. LINEA 2A. LINEA 3A. LINEA
 31-DIC-06 31-DIC-16 31-DIC-26

APELLIDOS Y NOMBRES
MEDINA PORRAS
OMAR FABIAN

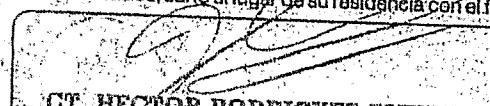
UMI CMSUC ESP. MIL. FUSILERO
 PROFESION **BACHILLER**



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL
 Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:

- Tomar posesión de los empleos públicos o privados
- Ingresar a la carrera administrativa
- Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
- Registrar título como profesional y ejercer la profesión
- Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
- Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.


CT. HECTOR RODRIGUEZ ALVIRA
 CDTE. DIM. No. 55

77071906062
 04 JUN 94
 FECHA EXP.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 220412858



WEB

15:22:08

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de abril del 2023 ✓

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) OMAR FABIAN MEDINA PORRAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79791982:

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.

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

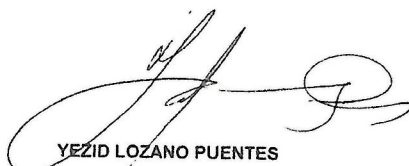
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 09 de abril de 2023, a las 15:23:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79791982
Código de Verificación	79791982230409152343

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:22:53 PM horas del 09/04/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 79791982

Apellidos y Nombres: **MEDINA PORRAS OMAR FABIAN**

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)



Presidencia de



Ministerio de



Portal Único

 GOV.CO



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/04/2023 03:33:17 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **79791982** y
Nombre: **OMAR FABIAN MEDINA PORRAS.**

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. **57655722** . 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](#)

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

515 9000



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C7979198200119761

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ETICA MEDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **OMAR FABIAN MEDINA PORRAS**, identificado(a) con C.C. No. 79791982 y T.P. o R.M. No. 25 3707/2012 del(a) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 10 abril 2023 a solicitud del(a) interesado(a).


BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGARI
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Jels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.

E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14907438533



(415)7707212489984(8020) 000001490743853 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

7 9 7 9 1 9 8 2

8

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

2

25. Tipo de documento

1 3

26. Número de Identificación

7 9 7 9 1 9 8 2

27. Fecha expedición

1 9 9 5, 0 9, 3 0

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MEDINA

32. Segundo apellido

PORRAS

33. Primer nombre

OMAR

34. Otros nombres

FABIAN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 53 G 1 A 59 SUR BRR CAMELIA SUR

42. Correo electrónico

omarmepo@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 2 7 2 0 6 5 7

45. Teléfono 2

3 1 8 4 1 0 4 2 0 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

8 6 2 1 | 2 0 2 3, 0 4, 1 0 |

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 | 1 0 |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

10- Obligado aduanero

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 2 3 | 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 |

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 04 - 10 / 17 : 05: 58

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 MEDINA PORRAS OMAR FABIAN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

 REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Código	TH-FTO-45
				Version	0
				Vigencia	06/07/2022
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	10-IV-2023	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 el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha - ESE Region de Salud Soacha, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
				SERVIDOR PUB	☐
				OTRO	☐
CUAL: <input type="text"/>					
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MEDINA		PORRAS		OMAR	FABIAN
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒		79.791.982		BOGOTA	1995-09-30
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
JULIO 19 DE 1977		BOGOTA		COLOMBIA	COLOMBIANA
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐				NINGUNA	NINGUNO
					3112720657
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐					CUAL: MEDICINA
					CONTRATISTA
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:
TRANSVERSAL 53 G # 1A-59 SUR		BOGOTA		CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
OMARMEPO@HOTMAIL.COM				PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	PAIS:
					TELEFONO/FAX
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒					
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	
		CUAL: <input type="text"/>		NACIONALIDAD: COLOMBIANA	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO	☐	ESTUDIANTE	☐	hogar	☐
SOCIO	☐	CONTRATISTA	☒	COMERCIANTE	☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	☐	EMPLEADO SOCIO	☐	OTRA	☐
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☒ IVA NO ☐ ICA		8621 <input type="text"/> <input type="text"/>	
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		PRINCIPAL: ☐ CUNDARIA: ☐	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO- REGION DE SALUD SOACHA	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO <input type="text"/>		SERVICIO <input type="text"/>	SALU ☒
EXPORTACIONES ☐		AGRICOLA ☐		ENERGETICO ☐	FINANCIE ☐
TRANSPORTE ☐		TECNOLOGIA ☐		ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐		CUAL: <input type="text"/>			

 REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo	TH-FTO-45
				Version	0
				Vigencia	6/07/2022

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Calle 13 No 9-85	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION			2023-04-05

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 3.000.000	GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	\$ 850.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	\$ 2.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 2.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	\$ 500.000
TOTAL INGRESOS	\$ 3.000.000	TOTAL EGRESOS	\$ 2.850.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 2.000.000	TOTAL PASIVOS	\$ 500.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
N/A		N/A		N/A		N/A	

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FORERO	JIMENEZ	SANDRA	LIZBETH
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CARRERA 53 F #2-45	BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	NOVIA	3112141117

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CTA AHORROS	4100120528	CHIA	3383838

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 ☐ PRETAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos al Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

1. Que los recursos que entregue y entregare al Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

MEDICO GENERAL

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha se destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el Hospital Mario Gaitán Yanguas de 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 al Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

 REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT		Código	TH-FTO-45		
			Version	0		
			Vigencia	06/07/2022		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el Rit.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p> <p>6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p>NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>						
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						
<p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>						
AUTORIZACION						
<p>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.</p> <p>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.</p> <p>5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas</p> <p>6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.</p> <p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.</p> <p>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha - ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) El Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha - ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (<u>Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30</u>) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (<u>INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO</u>).</p> <p>9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.</p>						
<p align="center">IX. FIRMA Y HUELLA</p> <p align="center">COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO</p> <table border="0"><tr><td align="center"> Firma Cliente / Representante Legal</td><td align="center"> Huella Índice Derecho</td></tr></table>					 Firma Cliente / Representante Legal	 Huella Índice Derecho
 Firma Cliente / Representante Legal	 Huella Índice Derecho					

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79791982
NOMBRES Y APELLIDOS	Medina Porras,Omar Fabian
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/10/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Medina Porras,Omar Fabian, a los 09 días del mes de abril del año 2023. ✓

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OMAR FABIAN MEDINA PORRAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.791.982**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Abril del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Medina	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Porras	NOMBRES Omar Fabian
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79791982	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO 77071906062	D.M. 55
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 19 MES 07 AÑO 1977 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ, D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA TRANSVERSAL 53 g No 1a-59 sur PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ, D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C. TELÉFONO 3112720657 EMAIL omarmepo@hotmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	2010	3707

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto Orden Cronológico Comenzando por el Actual

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL TUNAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7300000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	07	Mes	02	Año	2017	Día	31	Mes	01	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIAS			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CARRERA 20 47 B 35 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE ORTOPEdia Y TRAUMATROLOGIA EUSALUD III NIVEL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4320879			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	07	Año	2016	Día	30	Mes	09	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIAS			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CARRERA 78 3 A 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MEDICAL PROINFO III NIVEL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4505200			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	21	Mes	04	Año	2015	Día	22	Mes	09	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIAS			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 36 77 33						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE KENNEDY III NIVEL E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4480030			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	19	Mes	09	Año	2013	Día	31	Mes	10	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIAS			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN AVENIDA 1 D 40 B 54 sur						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL MEISSEN II NIVEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5694040			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	05	Año	2013	Día	31	Mes	01	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIAS			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CARRERA 18 B 60 G 36 SUR						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL PABLO VI BOSA 1 NIVEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2012	Día	31	Mes	01	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIAS			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CARRERA 78 A 69 B 70 SUR						

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	4	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	8

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

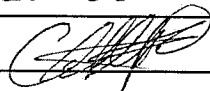
6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá, Abril 10-2023


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Bogotá, Abril 10-2023

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

 HOSPITAL MARIO GAITAN
 YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA
1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Omar Fabian Medina Porras

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 79791982

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: TRANSVERSAL 53 g No 1a-59 sur

TELÉFONO: 3112720657 2627358

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Ofelia Tereza Porras Vela	41519104	MADRE
Diego Arley Medina Porras	80204996	HERMANO(A)

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$18.300.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$18.300.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	004100120528	CHIA	12.125.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	AUTOMOVIL CHEVROLET AVEO	13.000.000
MUEBLES	MOTOCICLETA AKT SCOOTER 125 CC	2.500.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad SI NO (X)

tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

C.C.

C.E.

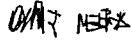
T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha, Abril 26 de 2023

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770

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

Soacha, 10 de Abril de 2023

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Omar Fabián Medina Porras identificado(a) con cedula No.79791982 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Medico General , 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 (☒) no (☐) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión: _____

Atentamente,

Omar Fabian Medina Porras

C.C.79791982

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 601 7309230 ext 109
Email: www.hmgty.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.

	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR FTO 02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 10 de Abril de 2023

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo Omar Fabian Medina Porras, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 79791982 de Bogotá, por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,

Omar Fabian Medina Porras

C.C. No. 79791982 de Bogota



PROCESO: Gestión del Talento Humano

SSO-FTO-01

0

05/07/2022

Medellín, 02 de may de 2023

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

CERTIFICA:

Que OMAR FABIAN MEDINA PORRAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 79791982 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 03/05/2023

Fecha fin cobertura: 30/06/2023

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

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

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

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

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

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

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

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el;

02/05/2023 11:28 AM

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

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

Yo, OMAR FABIAN MEDINA PORRAS, identificado (a) con cédula de ciudadanía número _____, 79791982 expedida en BOGOTÁ, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y 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 pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSION	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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSION	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	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	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 10 DIAS DEL MES DE ABRIL DE 2023


 Firma y huella

Celular No. 3112720657

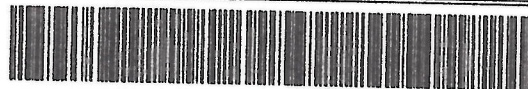
Correo institucional omarmepo@hotmail.com

INFORMACION GENERAL							
RAMO / PRODUCTO	272 732	POLIZA	5314222001126	CERTIFICADO	0	FACTURA	1
TOMADOR		MEDINA PORRAS OMAR FABIAN		OFICINA MAPFRE		DIRECCION	
DIRECCION		TV 53 G 14 59 SUR		COMERCIO ELECTRONICO		CRA 14 NO 96-34	
ASEGURADO		MEDINA PORRAS OMAR FABIAN		CIUDAD		BOGOTA D.C.	
DIRECCION		TV 53 G 14 59 SUR		NIT / C.C.		79791982	
ASEGURADO		N.D.		CIUDAD		BOGOTA D.C.	
DIRECCION		N.D.		NIT / C.C.		79791982	
BENEFICIARIO		CUALQUIER TERCERO AFECTADO		NIT / C.C.		N.D.	
DIRECCION		N.D.		NIT / C.C.		N.D.	
				TELEFONO		2627358	
				TELEFONO		2627358	
				TELEFONO		N.D.	
				TELEFONO		N.D.	

INFORMACION DE LA POLIZA														
FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO						
DIA	MES	AÑO	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
28	7	2022	00:00	00:00	28	7	2022	365	00:00	00:00	28	7	2022	365
			00:00	00:00	28	7	2023	365	00:00	00:00	28	7	2023	365

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS				
NOMBRE DEL PRODUCTOR		CLASE		CLAVE
SANCHEZ VANEGAS CARLOS WILMAR		ADM		11743
				TELEFONO
				3172757073
				% PARTICIPACION
				100,00

ACTIVIDAD	MEDICINA GENERAL
ESPECIALIDAD	MEDICINA GENERAL
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
CIUDAD	BOGOTA D.C.



* (415)7707289180029(8020)031518671636(3900)0000324927(96)20220728*

COBERTURAS		VALOR ASEGURADO		DEDUCIBLE	
R.C. actos medicos - Medicos	\$ 500.000.000,00	\$ 500.000.000,00	\$ 500.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)	
Gastos de defensa	\$ 200.000.000,00	\$ 200.000.000,00	\$ 200.000.000,00	10 % PERD	
responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	\$ 500.000.000,00	\$ 500.000.000,00	\$ 500.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)	
asistencia medica emergencia	\$ 500.000.000,00	\$ 500.000.000,00	\$ 500.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)	

SE ANEXAN Condiciones Generales y Particulares: POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD.

Observaciones:

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA PRODUCIRA LA TERMINACION DE LA POLIZA Y DARE DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL EN	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
PESOS COLOMBIANOS	PESOS COLOMBIANOS	PESOS COLOMBIANOS	PESOS COLOMBIANOS	EN PESOS COLOMBIANOS
\$ 263.048,00	\$ 10.000,00	\$ 273.048,00	\$ 51.879,00	\$ 324.927,00

CLAUSULA: POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MEDICO DERIVADO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCION EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MEDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LIMITE ASEGURADO BASICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LIMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LIMITE ASEGURADO BASICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

BASICO:

VALORES ASEGURADOS DE \$25.000.000 A \$125.000.000: 10% MINIMO \$ 500.000

VALORES ASEGURADOS DE \$150.000.000 A \$1.500.000.000: 10% MINIMO \$ 1.000.000

NO OPERA PARA GASTOS MEDICOS

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS JUDICIALES Y DAÑOS MORALES: DEDUCIBLE DEL 10%

NO SE OTORGA

- EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

- R.C. EXTRACONTRACTUAL.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2009 DE DICIEMBRE 3/03 AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORETENTADORES SEGUN RESOLUCION 8088 DE JUNIO 21 DE 2013. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DE LA LEY 1472 DE 2011.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

RC PROFESIONAL MEDICOS INDIVIDUALES

INICIACION
ORIGINAL

Ref. de Pago: 31518671636

NO SE OTORGA

- EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

- R.C. EXTRA CONTRACTUAL.

- BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

- RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

- ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

- R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

- LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

- PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

- FIN DE LA POLIZA -

REGIMEN COMÚN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. RESOLUCIÓN 2309 DE DICIEMBRE 2013 AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORETENEDORES SEGUN RESOLUCIÓN 6000 DE JUNIO 21 DE 2013. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART 5 DECRETO 1165/05

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Omar Fabian

Apellidos:

Medina Rojas

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No.

79771982

Fecha de
nacimiento:

Día

19

Mes

07

Año

1977

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	04/03 2021	Pfizer	EN 1195 30/06/21	CAPS Bosa 2	Welly Trujano	28425577
	2	15-03-21	Pfizer	EN 1195 30-06-21	CAPS Bosa 2	Carolina Jerez	53136103
	3	Diciembre	Moderna	0140875	Palestina	Paula Andrea Ariza G. C.C. 1012408302	

ESQUEMA ANTIRRABICO

DOSIS	Nº DIA	FECHA	FIRMA
1ª	0		
2ª	3		
3ª	7		
4ª	14		
5ª	28		
1ª	0		
2ª	7		
3ª	28		
Refuerzo	1 año		
Refuerzo	3 años		
Prueba de Tuberculina	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
Gamaglobulina			
Suero Antiofídico			
Suero Antirrábico			
Vacunaciones Especiales			

Cruz Roja Colombiana

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

Teléfono: 746 0909 Ext. 100 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co



94795

CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Omar Fabian Medina
Penas

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO M

TELEFONO _____

79791982

Sv004

VACUNAS	FECHA	FIRMA
1ª Dosis	15 OCT 2019	[Signature]
2ª Dosis		
3ª Dosis		
Refuerzo		
Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
9 m	Sarampión	
TRIVIRAL	Papera	
	Rubola	
	Sarampión	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
HEPATITIS B	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
AMU	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	

VACUNAS	FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	Refuerzo	
TETANO	1ª Dosis	3 OCT 2012
	2ª Dosis	24 NOV 2012
	Refuerzo	27 ABR 2013
FIEBRE AMARILLA		
FIEBRE TIFOIDEA		
Neumococo Conjugado	1ª	
	2ª	
	3ª	
	4ª	
Neumococo Polivalente	1ª	
	Refuerzo	
Hepatitis A	1ª	
	2ª	
Varicela	1ª	
	2ª	
Influenza (Gripe)	1ª	23 OCT 2012
	2ª	30 JUL 2015
	3ª	21 OCT 2016

ESQUEMA ANTIRRABICO

Nº DOSIS	Nº DÍA	FECHA	FIRMA
1ª	0		
2ª	3		
3ª	7		
4ª	14		
5ª	28		
1ª	0		
2ª	7		
3ª	28		
Refuerzo	1 año		
Refuerzo	3 años		
OTRAS	Prueba de Tuberculina	1ª Dosis	
		2ª Dosis	
		3ª Dosis	
	Gamaglobulina		
	Suero Antiofídico		
	Suero Antirrábico		
Anotaciones Especiales			

Cruz Roja Colombiana

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

Teléfono: 746 0909 Ext. 100 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co



93476

CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE OMAR TABIAN MEDINA

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

TELEFONO 311278657 / 31797949

VACUNAS	FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
D.P.T.	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
9 m	Sarampión	
TRIVIRAL	Paperas	
	Rubeola	
	Sarampión	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	

VACUNAS	FECHA	FIR
T.D.	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
TETANO	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
FIEBRE AMARILLA 1 Dosis (Válida por 10 años)		
FIEBRE TIFOIDEA		
Neumococo Conjugado	1ª	
	2ª	
	3ª	
	4ª	
	Refuerzo	
Neum. Polivalente	1ª	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
Hepatitis A	1ª	
	2ª	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
Varicela	1ª	
	2ª	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
Influenza (triple)	1ª	
	2ª	
	3ª	
	Refuerzo	
	Refuerzo	

28 SEP 2017
28 OCT 2017
16 DIC 2017
17 ENE 2018
FIRMA
YUMIG
93476

Dr ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional

EVALUACION OCUPACIONAL RSSC: 2575453266 Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12700 DE 01/11/2017 CARRERA 6 # 13A-15

SOACHA- SAN LUIS TELEFONOS: 8410422 - 3003817785 www.laboratorlogael.com – mediclnaocupacional@laboratorlogael.com

Consecutivo: 811

Nombre: OMAR FABIAN MEDINA PORRAS

Identificación: CC

79791982



Empresa: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Cargo a desempeñar MEDICO GENERAL



Edad: 45 años y 0 meses.

Fecha nacimiento: 19/07/1977

Examen para: INGRESO

Fecha Valoración: viernes 29 de julio de 2022

Concepto de aptitud

Concepto de Aptitud:	APTA(0): Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: MEDICO GENERAL
Tipo de cargo:	OPERATIVO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓
Apoyo diagnóstico:	Agudeza visual. ✓

RECOMENDACIONES

1. Pausas activas/utilizar EPP/Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral/Higiene postural.
2. Valoración por nutrición de EPS.
3. P.V.E Riesgo Biológico
4. Cuidados e higiene de la voz.

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (art 4), RES 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO, REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 2005 CONCEPTO EXPEDIDO AGREGANDO LOS CRITERIOS DEL DECRETO 636 DE 2020, ARTICULOS 3 Y 6, (EMERGENCIA SANITARIA SARS COV 2 Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017 Este es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación escaneando el QR o a los Teléfonos: 8410422 WhatsApp 3003817785 con N° Consecutivo.

VER ANEXO VALORACION OSTEOMUSCULAR AL RESPALDO

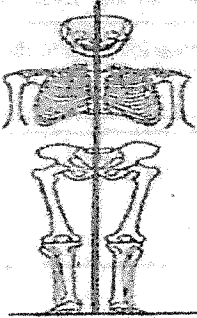
Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional
LIC. S.O. - 006290796



FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 39791982



FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Concepto articular	Articulación a evaluar	ROM	CONCEPTO VALORACION
	COLUMNA VERTEBRAL	FLEXIÓN	VALORACION CERVICAL SIN ALTERACIONES/ DORSOLUMBAR Y SACRA SIN ALTERACIONES
		EXTENSIÓN	VALORACION CERVICAL SIN ALTERACIONES/ DORSOLUMBAR Y SACRA SIN ALTERACIONES
	MIEMBROS SUPERIORES	SIN ALTERACIONES FLEXION/EXTENSIÓN	
Desempeño muscular	MIEMBROS INFERIORES	SIN ALTERACIONES FLEXION/EXTENSIÓN	
		GENERAL	CALIFICACIÓN FUNCIONAL NORMAL
		LATERAL	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
		FRONTAL	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
Normal		POSTERIOR	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
		Alcanza la amplitud total disponible de movimiento contra la gravedad y es capaz de mantener una resistencia máxima.	

Nombre: OMAR FABIAN MEDINA PORRAS

Consecutivo: 811

Identificación: 79.791.982

AGUDEZA VISUAL OD L 20/20 OI L 20/20 45 años y 0 meses.
C NORMAL NORMAL

VALORACION TABLA DE SNELLEN FILAS DE 1 AL 14

*USO PERMANENTE DE TAPABOCAS. * LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON A NECESIDAD O USO DE GEL ANTIBACTERIAL CONSTANTE. *DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y EN LO POSIBLE TELETRABAJO.*SI TIENE MALESTAR GENERAL, FIEBRE, DOLOR DE GARGANTA Y/O MOCO NASAL, INFORME AL PERSONAL DE SALUD OCUPACIONAL Y AUTO AISLAMIENTO PREVENTIVO

Quien realiza recepción de datos DR. ROLAND ROJAS-G.

ACTUALMENTE NO PRESENTA SIGNOS Y/O SINTOMAS CLINICOS DE ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA RESPIRATORIA, QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD. SE RECOMIENDA CUMPLIR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROGRAMAS OCUPACIONALES PARA EL CONTROL DE CONTAGIO SARS COV-2. TOMA Y REGISTRO PERIODICO DE SIGNOS (TEMPERATURA Y SPO2) Y SINTOMAS. AFEBRIL Y SPO2 MAYOR DE 90%. ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE ACUERDO A LO DISPUESTO POR MINSALUD.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
Personería Jurídica 10917 del 1º de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado No. 021

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los diez (10) días del mes de diciembre de 2010, en el Auditorio Guillermo Fergusson, del Hospital de San José de conformidad con el Acuerdo No.2129 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No.305 del 23 de noviembre de 2010, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Médico

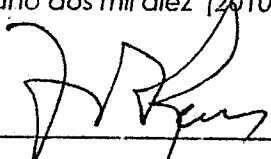
a

Omar Fabian Medina Porras

Identificado con cédula de ciudadanía No.79.791.982 de Santafé de Bogotá como consta en el acta 021 folios 036 y 037.

Se confiere este título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que el mencionado estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pénsum reglamentario para el programa de Medicina y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En el diploma de grado aparecen la firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente Consejo Superior, Roberto Jaramillo Uricoechea, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Sergio Augusto Parra Duarte, Decano, Álvaro Eduardo Granados Calixto, Secretario Académico y para constancia de lo anterior, firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los diez (10) días del mes diciembre del año dos mil diez (2010).


Dr. Jorge Alberto Ruiz Ruiz
Secretario General



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Personería Jurídica 10917 del 1º de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Medicina

En atención a que

Omar Fabián Medina Porras

C.C. 79.791.982 de Santafé de Bogotá

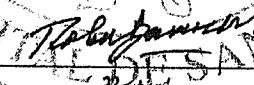
Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

Médico

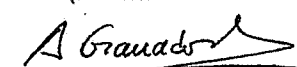
En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos en Bogotá, D.C., a los 10 de Septiembre de 2010.


Presidente Consejo Superior

Secretario General


Rector

Berano


Vicerrector

Secretario Académico

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
RECONOCE ESTE TITULO PARA TODOS
LOS EFECTOS LEGALES
BOGOTA 16 19-07-2012
RESOLUCION No. 25-3267

Número de Registro 0578 Número de Folio 021
Bogotá D.C. 10-Dic. de 2010



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.
25 3707/2012

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

MEDINA PORRAS OMAR FABIAN

C.C. o C.E.
CC 79791982

Institución de Educación
FUND U.CIENCIAS D
Código **74715/25**

De
BOGOTÁ, D.C.

Ciudad
BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Expedición **15/11/12**

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

CON BASE EN LOS DECRETOS 1465 DE 1992 Y 4107 DE 2011, QUE
SEÑALAN LAS FUNCIONES DEL CREADO MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.

RESOLUCION No. 25-3707

16 DE AGOSTO DE 2012

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional".

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de la facultad concedida por los Decretos Nos. 3134 de diciembre 20 de 1956, 1875 de agosto 3 de 1994 modificado por Decreto 1352 de 2000, emanados del Ministerio de Salud, Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y

CONSIDERANDO:

Que OMAR FABIAN MEDINA PORRAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79791982 de BOGOTA D.C., ha solicitado autorización del ejercicio profesional como MEDICO, de acuerdo a Título que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD EN BOGOTA D.C., según ACTA DE GRADO 021 DE FECHA 10 DE DICIEMBRE DE 2010.

Que dicho TITULO se encuentra debidamente registrado AL FOLIO 021 REGISTRO 0578 DE FECHA 10 DE DICIEMBRE DE 2010 otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD EN BOGOTA D.C..

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio de Un (1) año, tal y como lo determina el Decreto 2396 del 28 de Agosto de 1981 emanado del Ministerio de Salud en LA FUNDACION CENTRO DE ESTIMULACION NIVELACION Y DESARROLLO CEDESNI EN FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA en el tiempo comprendido DEL 1 DE AGOSTO DE 2011 AL 31 DE JULIO DE 2012.

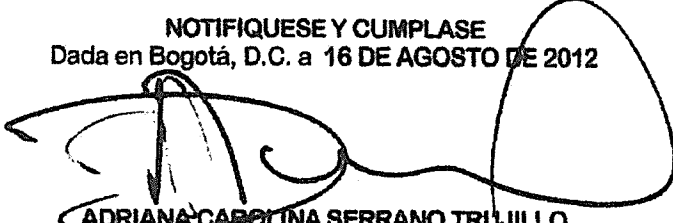
RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a OMAR FABIAN MEDINA PORRAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79791982 de BOGOTA D.C., para ejercer la profesión como MEDICO en el Territorio Nacional y tiene efectos de inscripción en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a 16 DE AGOSTO DE 2012


ADRIANA CAROLINA SERRANO TRUJILLO
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyecto: Edgar Diaz
Revisó: Jaime Taborda

3274

BOGOTA D.C.	21 Septiembre 2012
A la fecha fue notificado personalmente al	
SEÑOR(A)	OMAR MEDINA PORRAS
CC No.	79791982
Firma	

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD](#)

[Notificaciones judiciales](#)

[Términos y condiciones de uso.](#)

Cambiar
8285

Verificar Registro en ReTHUS Limpia

Resultado General -2023-04-09--4:30:36 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	79791982	OMAR	FABIAN	MEDINA	PORRAS	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) OMAR FABIAN MEDINA PORRAS identificado(a) con CC 79791982 registra La siguiente información:

2023-04-09--4:30:36 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2012-08-16	3707	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1999-04-22	2693	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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



El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCUE
NIT. 901069117-9
No. Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R. No. 03-2017

HACE CONSTAR QUE:

OMAR FABIAN MEDINA PORRAS

Identificado (a) con número de cedula No 79.791.982
Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

PRIMER RESPONDEDOR EN SALUD A SOBREVIVIENTES A VICTIMAS POR QUEMADURAS POR AGENTES QUIMICOS

Basado en la resolución 2003 del 2014 y resolución 3100 del 2019 del Min. Protección social Dictado en
Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 24 horas, Realizado en Bogotá D.C 18 – 27 DE NOVIEMBRE 2021
ACTA No: 014553 Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0018

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C, EL DIA 27 DE
NOVIEMBRE 2021 VALIDEZ 2 AÑOS.

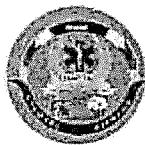
Christian M. Quintero A.
INABTEC RESCUE
Director Nacional

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Michael E. Rico D.
COORDINADOR ACADEMICO

INSTITUCION NACIONAL DE
BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC RESCATE
NIT. 901.069.117

RM: 075175711 INSTRUCTOR



El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCUE
NIT: 901.069.117-9
No. Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: 80043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R. No. 03-2017

HACE CONSTAR QUE:

OMAR FABIAN MEDINA PORRAS

Identificado (a) con número de Cedula de Ciudadanía No: 79.791.982
Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Basado en la resolución 2003 del 2014 y resolución 3100 del 2019 del Min. Salud, educación y bajo cumplimiento normas
A.H.A.M. en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 48 Horas - Realizado en Bogotá en 04 - 08 DE NOVIEMBRE DEL 2022;
ACTA No 18251 Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0019 OFM982 - 3051

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C, 08 DE NOVIEMBRE DEL 2022
VALIDEZ 2 AÑOS

Christian M. Quintero A.

INABTEC RESCUE
Director Nacional

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Oscar Alvarado

COORDINADOR ACADEMICO

INSTITUCION NACIONAL DE
BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC RESCATE
NIT. 901.069.117

RM: 075175711
INSTRUCTOR

"LEALTAD, CIVISMO Y FIRMEZA"
SOCORRISMO Y RESCATE VOLUNTARIADO

inabtecsocorrismocolombia@gmail.com contacto al 3213624350 WhatsApp



El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCUE
NIT: 901069117-9
No. Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: 50043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R. No. 03-2017

HACE CONSTAR QUE:

OMAR FABIAN MEDINA PORRAS

Identificado (a) con número de Cedula de Ciudadanía No: 79.791.982
Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

MANEJO INTEGRAL DEL DUELO

Basado en la resolución 2003 del 2014 y resolución 3100 del 2019 del Min. Salud, educación y bajo cumplimiento normas A.H.A en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 40 horas, Realizado en Bogotá en 27 - 31 DE MAYO DEL 2022;
ACTA No 16859 Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0019 OFM982 - 1659

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C, 31 DE MAYO DEL 2022
VALIDEZ 2 AÑOS

Christian M. Quintero A.
INABTEC RESCUE
Director Nacional

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Oscar Alonso
COORDINADOR ACADEMICO

INSTITUCION NACIONAL DE
BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC RESCATE
NIT. 901.069.117

RM: 075175711
INSTRUCTOR

"LEALTAD, CIVISMO Y FIRMEZA"
SOCORRISMO Y RESCATE VOLUNTARIADO

inabtecsocorrismocolombia@gmail.com contacto al 3507570904 WhatsApp

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA



CERTIFICA QUE:

Omar Medina Porras

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 29, 2022



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
**REGIÓN DE SALUD
SOACHA**

CUNDINAMARCA
REGIÓN
Que Progresa!
EN COMUNICACIÓN





El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCUE
NIT: 901069117-9
No. Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: 80043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R. No. 03-2017

HACE CONSTAR QUE:

OMAR FABIAN MEDINA PORRAS

Identificado (a) con número de Cedula de Ciudadanía No: 79.791.982
Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Basado en la resolución 2003 del 2014 y resolución 3100 del 2019 del Min. Salud, educación y bajo cumplimiento normas A.H.A.A.M en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 70 Horas - Realizado en Bogotá en 01 – 07 DE NOVIEMBRE DEL 2022;
ACTA No 18250 Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0019 OFM982 - 3050

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C, 07 DE NOVIEMBRE DEL 2022
VALIDEZ 2 AÑOS

Christian M. Quintero A.
INABTEC RESCUE
Director Nacional

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Oscar Alford

COORDINADOR ACADEMICO

INSTITUCION NACIONAL DE
BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC RESCATE
NIT. 901.069.117

RM: 075175711
INSTRUCTOR

"LEALTAD, CIVISMO Y FIRMEZA"
SOCORRISMO Y RESCATE VOLUNTARIADO

inabtecsocorrismocolombia@gmail.com contacto al 3213624350 WhatsApp



El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCUE
NIT: 901069117-9
No. Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R. No. 03-2017

HACE CONSTAR QUE:

OMAR FABIAN MEDINA PORRAS

Identificado (a) con número de cedula No 79.791.982

Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:

GESTION DE LA DONACION DE ORGANOS Y TEGIDOS

*Basado en la resolución 2003 del 2014 y resolución 3100 del 2019 del Min. Protección social Dictado en
Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.*

*Con una intensidad de 80 horas, Realizado en Bogotá D.C 17 – 25 DE NOVIEMBRE 2021
ACTA No: 014554 Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0018*

*EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C, EL DIA 27 DE
NOVIEMBRE 2021 VALIDEZ 2 AÑOS.*

*Christian M. Quintero A.
INABTEC - RESCUE
Director Nacional*

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Michael E. Rico D.
COORDINADOR ACADEMICO

INSTITUCION NACIONAL DE
BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCATE
NIT. 901.069.117

RM: 075175711 INSTRUCTOR

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) OMAR FABIAN MEDINA PORRAS; con documento de identidad No, 79791982 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2012	1749	MEDICO	01/11/2012	31/12/2012	\$	pablo vi
2	2013	385	MEDICO	02/01/2013	31/03/2013	\$ 4.500.000	pablo vi
3	2013	385	MEDICO	02/01/2013	31/03/2013	\$4500000	PABLO VI
4	2013	1295	MEDICO URGENCIAS	19/03/2013	30/04/2013	\$3780000	FONTIBON
5	2013	4415	MEDICO GENERAL	19/09/2013	18/10/2013	\$3.500.000	KENNEDY
6	2013	4588	MEDICO GENERAL	21/10/2013	20/11/2013	\$2.086.000	KENNEDY
7	2013	5397	MEDICO GENERAL	01/11/2013	31/12/2013	\$7.000.000	KENNEDY
8	2014	305	MEDICO GENERAL	01/01/2014	28/02/2014	\$9.000.000	KENNEDY
9	2014	1450	MEDICO GENERAL	01/03/2014	30/04/2014	\$9.000.000	KENNEDY
10	2014	1962	MEDICO GENERAL	01/05/2014	30/06/2014	\$9.000.000	KENNEDY
11	2014	3261	MEDICO GENERAL	01/07/2014	31/07/2014	\$4.500.000	KENNEDY
12	2014	4179	MEDICO GENERAL	01/08/2014	31/08/2014	\$4.500.000	KENNEDY
13	2014	4890	MEDICO GENERAL	01/09/2014	31/10/2014	\$9.000.000	KENNEDY
14	2020	4614-2020	MEDICO GENERAL	09/04/2020	30/04/2020	\$6032724	SUBRED
15	2020	4922-2020	MEDICO GENERAL	26/05/2020	31/01/2021	\$6032724	SUBRED
16	2021	1300-2021	MEDICO GENERAL	01/02/2021	30/11/2021	\$6243834	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

MEDICO GENERAL

1 » Contrato: 1749

Obligaciones:

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-22 V V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **OMAR FABIAN MEDINA PORRAS** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **79791982**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
004097	07/02/2017	31/08/2017	MEDICO	\$35'136.000	SUBRED SUR
007532	01/09/2017	31/12/2017	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	\$24'000.000	SUBRED SUR
003672	01/01/2018	31/05/2018	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	\$28'992.000	SUBRED SUR
008661	01/06/2018	31/10/2018	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	\$23'424.000	SUBRED SUR
013713	01/11/2018	31/01/2019	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	\$9'504.000	SUBRED SUR

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de la Subred Integrada de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contenida de la presente certificación fue tomada de la base de datos y archivo en físico que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica 7428585 Ext. 1504. Código de Verificación: KE88<ZOZ.

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a QUIEN INTERESE a los Once (11) días del mes de Febrero del 2020.


MARIA CLAUDIA ONATE VASQUEZ
 DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado y Elaborado por:	Cecilia Pérez Bautista	Contratista Apoyo a la Gestión	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	
Aprobado por:	Mireya Díaz Beltrán	Contratista Apoyo a la Gestión	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de responsabilidad y eficacia, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.



**LA SUSCRITA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA
DEL HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E.**

CERTIFICA QUE:

Revisados los archivos de la Institución, él(a) señor(a) **OMAR FABIAN MEDINA PORRAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 79.791.982 expedida en Bogotá, suscribió contrato de prestación de servicios personales de carácter privado el cual están incluidas actas de prórroga y adición las cuales hacen parte integral de este contrato, cuyo objeto contractual se realizó prestando servicios profesionales, en actividades Asistenciales **MEDICAS** en Urgencias, con los siguientes términos de ejecución:

Del 15 de Mayo de 2013 al 31 de Mayo de 2013

Del 01 de Junio de 2013 al 01 de Julio de 2013

Del 02 de Julio de 2013 al 29 de Julio de 2013

Del 30 de Julio de 2013 al 02 de Septiembre de 2013

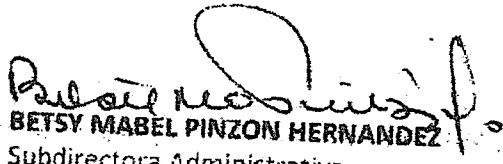
Del 03 de Septiembre de 2013 al 03 de Enero de 2014

Del 04 de Enero de 2014 al 31 de Enero de 2014

El valor pactado en el contrato comprendido a partir del 04 de Enero de 2014 al 31 de Enero de 2014 es por **DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE (\$2.268.000)**

Para confirmar los datos o solicitar más información adicional comunicarse al área de contratación, línea telefónica 5694040 o 7650071.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C. a los (07) días del Mes de Febrero de 2014.


BETSY MABEL PINZÓN HERNÁNDEZ

Subdirectora Administrativa
Hospital Meissen II nivel ESE

COD: 6264

Elaboró: Erick Jovani Rosamey
Aprobó: Betsy Mabel Pinzón Hernández

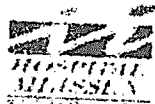
0 G Sur N. 18 Bis - 09

PBX: 7693131

IT: 800220011-7

ospitalmeissen.gov.co

rmación: Línea 195



**BOGOTÁ
HUMANA**