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	02
		VIGENCIA	04/05/2023

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: Yudi Milena Bocanegra González

CARGO: Profesional Especializado Líder PyD -Enfermedades Crónicas No Transmisibles

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

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

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

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

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

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

COORDINADORA TALENTO HUMANO
ROSANA ALEXANDRA SANTO ANGEL

Soacha 26 de mayo del 2023

Doctora.
ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente
Empresa Social Del Estado Región De Salud Soacha
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad: Soacha

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Yudi Milena Bocanegra González

Cargo: Profesional especializado líder PyD-Enfermedades crónicas no transmisibles

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 **Empresa Social Del Estado Región De Salud De 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,

Yudi Milena Bocanegra G

Yudi Milena Bocanegra González
Nombre del Contratista
CC: 52.860.231
Dirección: Av Cll 52860231 Bogotá
Email: referentecroncyd@hmgy.gov.co
Teléfono/ Celular: 3102836141

YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
CC. 52.860.231 de Bogotá
AVCLL68SUR N 70D71
TEL: 3058611
CEL: 3102836141



PERFIL PROFESIONAL

Soy una persona responsable y comprometida con mi trabajo, emprendedora y con aptitud de aprendizaje para todas las áreas de desempeño; con iniciativa para la realización de nuevas actividades y trabajo en equipo, con capacidad de liderazgo, buenas relaciones interpersonales y actitud positiva frente al cambio.
Mi principal objetivo laboral es contribuir de manera activa con la compañía con la que me desempeñe, con aportes que sean beneficiosos para ésta. Ser una persona proactiva y conocedora de todas las funciones
Poseo competencias necesarias para la gestión en el cuidado de enfermería a personas, familia y comunidades; con responsabilidad y compromiso social.

DATOS PERSONALES

Fecha de nacimiento:	25 DE NOVIEMBRE DE 1982
Lugar de nacimiento:	BOGOTÁ
Edad:	40 AÑOS
Estado civil:	CASADA

FORMACION ACADEMICA

SENA
HUMANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
Marzo 2019

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL
Marzo 2019

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
ATENCION HUMANIZADA DEL PARTO
Octubre 2018

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD.
Diciembre 2017

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
VERIFICADOR EN CONDICIONES DE HABILITACIÓN EN SALUD.
Septiembre 2017

FUNDACION SANAR
II SIMPOSIO DE DETECCIÓN TEMPRANA EN CÁNCER INFANTIL
Septiembre 2017

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
Lineamientos IAMMI
Junio 2017

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD.
Mayo 2017

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
CUALIFICACIÓN DE HABILIDADES EN CONSEJERÍA DE LACTANCIA MATERNA.
Enero 2017

FUNDACION SANAR
I SIMPOSIO DE DETECCIÓN TEMPRANA EN CÁNCER INFANTIL
Septiembre 2016

CAFUR
CURSO EN PROMOCION Y PREVENCION DE CANCER DE SENO.
Junio 2015

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
CERTIFICACION PLANIFICACION FAMILIAR
Noviembre 2015

SENA
SOPORTE VITAL BASICO
Octubre 2015

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
CERTIFICACION SERVICIOS AMIGABLES PARA JOVENES Y ADOLESCENTES
Julio 2015

PROFAMILIA
TALLER INSERCION Y REMOCION DE IMPLANTES SUBDERMICOS JADELLES
Octubre 2014

FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CURSO TEORICO- PRACTICO DE TOMA DE CITOLOGIA CERVICO UTERINA
Diciembre 2014

HOSPITAL VISTA HERMOSA
AIEPI CLINICO
Agosto 2012

HOSPITAL VISTA HERMOSA
ATENCION PRIMARIA EN PSIQUIATRÍA
Agosto 2014

UNIVERSIDAD LA SABANA (SICAP)
GUIAS E ATENCION MATERNA
Diciembre 2012

HOSPITAL VISTA HERMOSA
TOMA DE MUESTRAS E INSERCION DE CATETER INTAVENOSO
Mayo 2014

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
ENFERMERA
Profesional
Agosto 2010

PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUADA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD 2009
EN BUSCA DE LA EXCELENCIA "ACREDITACION"
Noviembre 2009

PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUADA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD 2009
MANEJO DE INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUINEO RELACIONADAS CON CATETERES
Noviembre 2009

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
DIPLOMADO EN URGENCIAS Y ADULTO CRITICO
Diplomado
Diciembre 2009

FUNDACION COLOMBIANA DEL CORAZON Y LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR
EDUCACION PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR
Junio 2008

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER
2002

SECUNDARIA – BACHILLERATO ACADEMICO
LICEO NACIONAL FEMENINO ANTONIA SANTOS
Bogotá 2000

EXPERIENCIA LABORAL

Hospital Rafael Uribe Uribe
Servicios de Urgencias
Hospitalización Pediátrica
Sala de Partos Y Postparto
Hospitalización adultos
Marzo 2011- octubre 2011

Hospital Vista Hermosa.
Servicios de Urgencias
Hospitalización Pediátrica
Sala de Partos Y Postparto
Hospitalización adultos.
Control Prenatal
Crecimiento y Desarrollo
Manejo de Programas y Talleres:

- Crónicos
- Curso Psicoprofiláctico
- Estimulación Temprana

Mayo 2002 – Noviembre 2014

Hospital Fundación San Carlos
Servicio de Urgencias
Hospitalización medicina interna.
Noviembre 2014 Enero 2015

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
Control Prenatal
Crecimiento y Desarrollo
Salud Sexual y Reproductiva
Toma de Citología Cervicouterina
Manejo de Programas y Talleres:

- Crónicos
- Curso Psicoprofiláctico
- Estimulación Temprana
- Ejecutora concurrencia SSAAJ en los municipios de Soacha Y Sibate
    - Supervisión y Coordinación Técnica Programa Xeromamografias
    - Coordinación Programa Crónicos.

- Ejecutora concurrencia Cáncer en el municipio de Soacha
- Referente Enfermedades Crónicas No Transmisibles- Salud Infantil (AIEPI)
- Referente RPMS (Res 3280)
- Auditoria Concurrente (GPC HTA- DC- CyD).
- Referente Líder PyD – ECNT.

REFERENCIA FAMILIAR

JEISON JULIAN VELASQUEZ
Intendente PONAL
Celular: 3102836141
Parentesco: Esposo

MARIA CRISTINA GONZALEZ
Psicóloga Inpec
Celular: 313-2824136
Parentesco: Madre

REFERENCIA LABORAL
Ángela Murcia
Enfermera Profesional Auditora
Celular: 3118711189

PAULA SANCHEZ
Ingeniera Ambiental
Celular: 3155412092

Yudi Milena Bocanegra G

YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
52.860.231 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52860231

BOCANEGRA GONZALEZ
APELLIDOS

YUDI MILENA
NOMBRES

Yudi Milena Bocanegra Gonzalez
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-NOV-1982
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

24-ENE-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500118-42096212-F-0052860231-20011227 06984 01360D 01 101613330

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 223872879

WEB
12:05:19

Bogotá DC, 26 de mayo del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52860231:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 26 de mayo de 2023, a las 10:26:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52860231
Código de Verificación	52860231230526102640

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:35:43 AM horas del 26/05/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52860231**

Apellidos y Nombres: **BOCANEGRA GONZALEZ YUDI MILENA**

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.



12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co


Presidencia de la República


Ministerio de Defensa Nacional


Portal Único de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/05/2023 12:11:58 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52860231** .

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. **61729446** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1
Ley 266de 1996 / Ley 911 de 2004:
"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.860.231, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, al treintaiuno (31) días del mes de mayo del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14833249048

(415)7707212489984(8020) 000001483324904 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 6 0 2 3 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BOCANEGRA	GONZALEZ	YUDI	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: AC 68 SUR 70 D 71 AP 808 BL 1 BRR PERDOMO

42. Correo electrónico: yudimar25@hotmail.com

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

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 9 9	2 0 0 3 0 5 0 5	8 2 9 9	2 0 1 8 0 1 0 2			5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 06 - 15 / 10 : 24: 08

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 BOCANEGRA GONZALEZ YUDI MILENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-06-2022 10:24:32AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

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

FECHA:	2023-06-08	CIUDAD:	Soacha	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas 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	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bocanegra	Gonzalez	Yudi	Milena

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52860231	Bogota	2001-01-24
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
25/11/1892	Bogota	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) CASADO(A) X DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	1	1	3102836141

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA										PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:	Especialista en gerencia de la calidad y auditoria en salud	CONTRATISTA
	X									

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
AV CLL68 sur N-70D 71	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3058611

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
yudimar25@hotmail.com	N/A	PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Velasquez		Jeison	Julian

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1020407009	Bello/Antioquia	2005-07-05	
PASAPORTE		OTRO CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO	NACIONALIDAD:	Colombia

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO		ESTUDIANTE		HOGAR		PENSIONADO		CUAL:	Profesional especializado Lider PyD - Enfermedades cronicas no transmisibles
SOCIO		CONTRATISTA	X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO				OTRA			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI X	IVA	SI	NO X		8699	8299
	NO	ICA	SI	NO X		PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
SI	NO X		NO X	ESE Región de Salud Soacha		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		SERVICIOS	SALUD X	# NIT 800006850-3

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL:

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cll 13 N 10 48	7309230	Soacha	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Profesional Especializado Lider PyD y Enfermedades Cronicas No Transmisibles		**FECHA VINCULACION**	Junio 2023

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 6 180.000	GASTOS FAMILIARES	$ 3.200 000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 56.000.000
HONORARIOS	$ 6 180.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 9 000 000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 520.000	PROPIEDADES	$ 81.000.000	DEUDAS TERCEROS	$ 2 000 000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 1 500.000	OTROS ACTIVOS*	$ 10 000 000	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 12.360.000	TOTAL EGRESOS	$ 5.220.000	TOTAL ACTIVOS	$ 91.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 67.000,000

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Fernandez	Avila	Ana	Fabiola
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cll 15 6-20	Soacha/cundinamarca	Compañera	3203547596

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Dvivienda	Cuenta de ahorros	4870206911	Tunal	338 3838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Profesional especializado Lider PyD - Enfermedades cronicas no transmisibles

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 provementes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investugadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona juridica 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 estadisticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, **AUTORIZAMOS** el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Yudi Milena Barrera G.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ identificado(a) con CC 52860231 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	13/07/2003
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO
Categoría:	B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 29 días del mes mayo del 2023.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

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

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52860231,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de mayo de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

FORMATO ÚNICO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BOCANEGRA	GONZALEZ	YUDI MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 52860231

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 25 MES 11 AÑO 1982

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Av calle 68 sur # 70D 71 Apartamento 808 torre 1 Perdomo

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO: 6013058611 EMAIL: yudimar25@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	03	2017	52860231
PREGRADO	9	X		ENFERMERIA	08	2010	26283

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7309230	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER DE PROGRAMA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 13 - 9 85						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7309230	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA COMUNITARIA					*DIRECCIÓN* CALLE 13 - 9 85						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7309230	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA COMUNITARIA					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* SIN DATO							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7309230	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* SIN DATO							
DEPARTAMENTO SIN DATO	*MUNICIPIO* SIN DATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3259500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	11	*Año* 2014	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* bosque de san carlos						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VISTA HERMOSA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SANTA FE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7300000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	05	*Año* 2003	*Día*	15	*Mes*	11	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 67 A 18 C 12						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* SIN DATO							
DEPARTAMENTO SIN DATO	*MUNICIPIO* SIN DATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	03	*Año* 2011	*Día*	18	*Mes*	10	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CAMI CHIRCALES BOGOTA						

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	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	19	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	20	1

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 08 de Junio de 2023 / Soacha

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA Yoel Yulena Barrera G.

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 52860231 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: Av calle 68 sur # 70D 71 Apartamento 808 torre 1 Perdomo TELÉFONO: 3102836141 3058611

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANNY VALENTINA VELASQUEZ BOCANEGRA	122014396	HIJO(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** X **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** , QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$74.160.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$74.160.000

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
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	004870206911	TUNAL	0,1

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	ELECTRODOMESTICOS, CELULAR	10.000.000
INMUEBLES	APARTAMENTO	81.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DELOCCIDENTE	CREDITO LIBRE CONSUMO	12.000.000
BANCO FALABELLA	TARJETA DE CREDITO	4.000.000
BANCOLOMBIA	CREDITO HIPOTECARIO	56.000.000
CLARO	PLAN POST PAGO	672.000
CLUB CELTAS	ESCUELA DE BALONCESTO HIJA	960.000
ESCUELA NORMALSUPERIOR MARIA	EDUCACION HIJA	5.280.000

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
JEISON VELASQUEZ	C.C. X C.E. T.I.	1020409

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

Yuli Alexandra Buenaventura C

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOACHA 08 DE JUNIO DEL 2023

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA[1]

Anual [2]	
Al momento de la vinculación	x

Yo Yudi Milena Bocanegra González identificado(a) con cédula de ciudadanía N.° 52860231 de Bogotá, vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

Directivo	
Ordenador del gasto	
Supervisor de contrato	
Responsable del proceso de inspección y vigilancia	
Interventor	
Responsable del control interno	
Responsable del proceso de contratación	
Responsable de la pagaduría	
Responsable de la tesorería	
Otro _x___ ¿Cuál? _____Líder PyD -Enfermedades Crónicas No Transmisibles_____	

en el cargo específico o contrato: Profesional Especializado Líder PyD – Enfermedades Crónicas No Transmisibles

en la siguiente dependencia o área de trabajo: Subgerencia comunitaria

[1] El Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil se pronunció respecto de la posibilidad de incluir cláusulas que regulen conflictos de intereses de contratistas, mediante concepto del 10 de agosto del 2006, Rad. No. 1767. Publicación autorizada con oficio 39323 del 16 de agosto de 2006.

[2] Los siguientes servidores públicos cada año deben declarar los intereses que podrían ser incompatibles con su desempeño laboral: el personal directivo, y los servidores públicos de otros niveles con responsabilidades de supervisión de contrato, inspección, interventoría, vigilancia, control, contratación, ordenación del gasto, pagaduría o tesorería o quienes realicen la gestión e información sobre trámites y denuncias, o los más altos cargos de los organismos de control penal, disciplinario y fiscal, entre otros.

Entiendo la presente como una medida preventiva, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente declaración de intereses particulares, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Que es mi interés atender la política de integridad y cumplir con los valores del servicio público del código de integridad.
- Que los conflictos de intereses se pueden presentar cuando el deber propio de la función pública se ve afectado por intereses particulares, los cuales podrían influir real o potencialmente en la forma correcta del ejercicio de funciones y responsabilidades oficiales.
- Que conozco lo dispuesto sobre conflictos de intereses en la normatividad vigente[3]: Código Disciplinario Único[4], el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 1474 de 2011.
- Que conozco las inhabilidades e incompatibilidades en mi calidad de servidor público o particular que cumple funciones públicas.

Por lo anterior, a continuación, me permito declarar mis intereses particulares:

1. Participación en sociedades y vinculación laboral

Las siguientes son las sociedades, empresas, negocios, fundación, asociación u organización con o sin ánimo de lucro, de las cuales soy dueño, socio, representante legal, directivo o empleado, o lo he sido en los últimos 5 años[5]:

Entidad o negocio	Tipo de participación	Fechas de ingreso y salida	Compromiso vigente de confidencialidad SI/NO
ESE Región de Salud Soacha	Empleado	05 enero de 2015 ACTUALMENTE VINCULADA A LA INSTITUCION	SI

[3] Código Disciplinario Único (artículo 40, Ley 734 de 2002) y el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (artículo 11, Ley 1437 de 2011).

[4] La vigencia de Ley 1952 de 2019 fue diferida hasta el 1 de julio de 2021 por el artículo 140 de la ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

[5] Se incluye el periodo de cinco (5) años para declarar intereses particulares que pueden presentarse por el tránsito de personas entre el sector público y el sector privado.

2. Actividades económicas o profesionales de los parientes cercanos, cónyuge o compañero permanente

A continuación, registro a mis familiares: cónyuge, compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, que por su sus actividades económicas o profesionales de carácter privado podrían generar un potencial conflicto de intereses:

Nombres y apellidos del familiar	Número de documento de identidad	Tipo y grado de parentesco	Descripción de actividades económicas o profesionales	Fechas de ingreso y salida

Otro interés particular

Describa otras posibles situaciones que puedan generar un potencial conflicto de intereses por la función que desempeña (revise la normatividad sobre causales en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011 y en la Ley 1474 de 2011):

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:

Firma del (la) declarante: Yudi Milena Buanegra G

Cédula de ciudadanía N.° 52860231 de Bogotá

Fecha: 26-0 DE MAYO DEL 2023

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad.

Nombre de quien recibe: _____

Firma:

Cédula de ciudadanía N.°_____ de _____

Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar y hacer seguimiento a la situación, así como tomar una decisión sobre el caso en concreto cuando se presente un potencial conflicto de intereses de conformidad con la Ley 1437 de 2011.

Nota: La declaración de conflicto de intereses está sujeta a modificaciones de acuerdo con el cambio de circunstancias o situaciones declaradas a su vez que esta declaración será registrada y controlada por la oficina de control interno de la entidad o ente responsable.

Soacha, 31 de mayo de 2023

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Yudi Milena Bocanegra González identificado(a) con cedula No. 52860231 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Profesional Especializado Líder PyD y Enfermedades Crónicas No Transmisibles, manifiestohaber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

Atentamente,

Yudi Milena Bocanegra G

C.C. 52860231 Bogotá

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

Soacha, 26 de mayo del 2023

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

Yo Yudi Milena Bocanegra González, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 52860231 de Bogotá, por medio del presente documento mepermito 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,

Yudi Milena Bocanegra G

C.C. No. 52860231 de Bogotá

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

ARL Colpatria

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Yudi Milena Bocanegra González

Nº Documento: 52860231 Bta.

Fecha de Nacimiento: 25 de noviembre de 2022

Dirección: Av Cll 68 sur N -70 D 71

Teléfono. Fijo – Celular: 3102836141

E-mail: referentecroncyd@hmgy.gov.co

EPS: Famisanar

AFP: Colpensiones

Firma Contratista: Yudi Milena Bocanegra G

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

.....

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

AXA COLPATRIA

PRORROGA DE CONTRATO DE INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800006850
Número Afiliación:	215221
Razón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E

DATOS DEL INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	1
Número de documento:	52860231
Nombre:	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
Fecha Fin contrato:	31/12/2016
Número contrato:	10339
Fecha hora transacción:	20/06/2023 02:49:47 p.m.
Nueva Fecha Fin contrato:	30/09/2023

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

Soacha 26 de mayo del 2023

Señores:

Universidad Cooperativa De Colombia

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Yudi Milena Bocanegra González en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdocon lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales,en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo,expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Especialista en gerencia de la calidad y auditoria en salud

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Yudi Milena Bocanegra G

N° Documento 52860231 Bogotá

Tarjeta Profesional N° 26283

Dirección de contacto Av Cll 68 sur N-70 D 71

Teléfono 3102836141

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

Yo, Yudi Milena Bocanegra González, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 52860231, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:**

Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA,** me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información: Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña: La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información 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

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

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

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 26 dias de mayo del 2023



Yudi Milena Bocanegra G

Firma y huella

3102836141
Celular No.

refrentecroncyd@hmgy.gov.co
Correo institucional

Soacha, _08 junio____ de 2023__.

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
Soacha (Cundinamarca)

Yo __Yudi Milena Bocanegra González__ con C.C. 52860231 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,

Yudi Milena Bocanegra G.

C.C. 52860231 Bta



12-04-2021

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud | MiVacuna

Certificado de vacunación

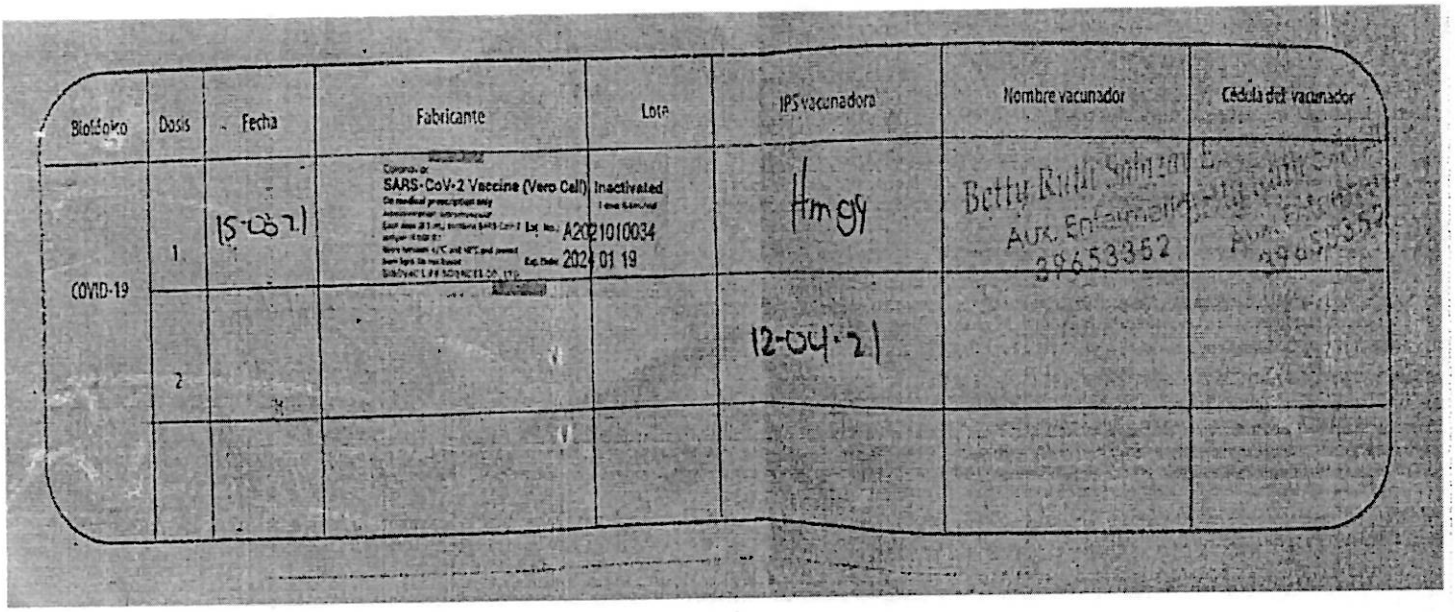
Nombres: yudi Nilena

Apellidos: Borrego C.

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

No. 52.060231

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 11 Año 1982



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	15-03-21	SARS-CoV-2 Vaccine (Vero Cell) Inactivated Exp. No.: A202101003A Exp. Date: 2024 01 19		Hmgy	Betty Ruth Salazar Aux. Enfermería 39653352	39653352
	2				12-04-21		

Varicela - 20-Sept/096

Camilo Nossa Gusqueta
Auxiliar de Enfermería

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a otros países

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Yadi Milena
Apellidos	Bocanegra Gonzalez
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No. 52860231
Fecha de Nacimiento:	Día: 25 Mes: MY Año: 1982

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	19 05 30-2005	864-7. 05-006	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	10 Abril 2003		
	2	10 Junio 2003.		
	3	15 Diciembre 2003		
	4	20 Diciembre 2004		
	5	27 Diciembre 2005		
Contra Hepatitis B	1	10 Abril 2003.		
	2	10 Junio 2003.		
	3	30 Agosto 2003		

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	15 DIC 2005	055U1A. U-1402 U-2006.	10 años	
Contra Influenza	06-ENE-2009.	U 083508 A 067 H 009.	1 año	
Otras		HEP B 30 Oct 2004		
DPT	ACELULAR 2 MARZO 2015			

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

SCAN ME

Consecutivo: 1777



Nombre: YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

Identificacion: CC 52860231

Empresa: HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

Cargo a desempeñar PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE PROGRAMAS RPMS

Edad: 38 AÑOS Fecha nacimiento: 25/11/1982

Examen para: INGRESO **Fecha Valoración:** viernes 27 de noviembre de 2020

Concepto de aptitud

Concepto de Aptitud:	*APTA(O):Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE PROGRAMAS RPMS*
Tipo de cargo:	*ADMINISTRATIVO- ENFASIS OSTEOMUSCULAR* ✓
Apoyo diagnóstico:	AGUDEZA VISUAL.✓

RECOMENDACIONES

1. *Pausas activas/utilizar elementos de protección personal, normas y recomendaciones frente al SARS COV-2 de acuerdo a actividad /Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral.*
2. *Valoración por Nutrición de EPS.*
3. *Cuidados e higiene de la voz.*

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

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL 2346 (art 4). RES 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO.

CONCEPTO EXPEDIDO AGREGANDO LOS CRITERIOS DEL DECRETO 636 DE 2020 ARTICULOS 3 Y 4. (Emergencia sanitaria SARS COV-2)

Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional
Lic. S.O. - 006290096

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Yudi Milena Bocanegra G

FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 52860231 Bta

HUELLA

REPUBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Yudi Milena Bocanegra González

C.C. No. 52.860.231 de Bogotá D.C.

EL TÍTULO DE

Enfermera

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LÉGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 26 DÍAS DEL MES AGOSTO DE 2010

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. **166** LIBRO No. **6** FOLIO No. **60**

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

C.C. No. **52860231** de **BOGOTA D.C.**

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

ENFERMERA

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS **26** DIAS DEL MES **Agosto** DE **2010**

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

No. 04295

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

con cédula de ciudadanía No. 52.860.231 de Bogotá D.C.
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Bogotá el día 6 de Diciembre de 2017

Director(a) Sede

Rector(a)

Gloria Patricia Ruiz J
Secretario(a) General

Libro de Registros No. 0020120171 Folio No. 196 Registro No. 1951 Refrendado en Bogotá el día 5 de Diciembre de 2017

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 01-2371-2017

PROGRAMA : ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

CODIGO SNIES: 7283

FECHA GRADO: 06 DE DICIEMBRE DE 2017

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE BOGOTÁ

En atención a que YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
con Cédula de Ciudadanía No 52.860.231 de Bogotá D.C.
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede BOGOTÁ, mediante acta No 021 en sesión del día 10 de noviembre de 2017.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Sede, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDON RANGEL

Director(a) de sede: EVA JANETTE PRADA GRANDAS

Decano(a) facultad: BEATRIZ HECMIRA HERRERA MEZA

Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de BOGOTÁ el día 06 DE DICIEMBRE DE 2017

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

C.C. 52.860.231 BOGOTA

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

RUN No. 26283
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 22/NOV/2010 FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 22/NOV/2020

Departamento de CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCIÓN No. 25 4416 DE 2010
(11 NOV. 2010)

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

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos Nos. 3134 de diciembre 20 de 1956, 1875 de agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

Que **YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **No. 52860231 DE BOGOTA D.C.,** ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **ENFERMERA. TITULO** que le Otorgó **LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN UMB DE BOGOTA D.C., según ACTA DE GRADO 166 de fecha 26 DE AGOSTO DE 2010.**

Que dicho **TITULO** se encuentra debidamente registrado en **LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN UMB DE BOGOTA D.C.,** obrando **AL FOLIO 60 LIBRO 6 DIPLOMA 04295 de fecha 26 DE AGOSTO DE 2010.**

Que el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, mediante resolución No. 002595 del 08 de julio de 2010, "Por la cual se definen criterios para la realización de un sorteo de asignación de plazas del Servicio Social Obligatorio, para profesionales en **Medicina, Odontología, Enfermería y Bacteriología.**

Que el Sorteo se llevó acabo en las Instalaciones del Ministerio de La Protección Social, el 27 de agosto de 2010, a las 02:00 p.m.

Que **YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ,** participó en el Sorteo antes indicado y **NO** salió favorecido (a), en la adjudicación de Plaza para el Servicio Social Obligatorio, por consiguiente procede a autorizar el ejercicio de su Profesión.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No. 52860231 DE BOGOTA D.C.,** para ejercer la profesión como **ENFERMERA,** en el Territorio Nacional, autorización que tiene los efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el titulo 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 CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 11 NOV. 2010

ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud

Vo.Bo. **DR. CARLOS ARTURO HURTADO MEDINA**
Oficina Asesora de Asuntos jurídicos

Vo.Bo. **DR. GONZALO GUSTAVO LEAL PAEZ**
Dirección Desarrollo de Servicios

Proyectó: Edgar Diaz
11/11/2010

CUNDINAMARCA

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

8277

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-05-26 -12:15:55 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	52860231	YUDI	MILENA	BOCANEGRA	GONZALEZ	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) YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ identificado(a) con CC 52860231 registra La siguiente información:

2023-05-26--12:15:55 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2010-11-22		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2010-11-11	4416	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2002-08-26	7667	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA,

DESDE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA CON GERENCIA DE MUJER Y GENERO JUNTO CON EL CENTRO DE ATENCIÒN A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL (CAIVAS), CASA REFUGIO Y LA FUNDACIÒN COSECHANDO SEMILLAS PAL FUTURO (FUNDACOSEM)

Hacen constar que:

YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

Identificado con C.C. 52860231 asistió y participó en el curso de:

RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Con una duración de 20 horas

Dado en Soacha, el 29 de Mayo de 2016.

KAROL MIRANDA JIMÉNEZ
Gerente
Proyecto Mujeres Libres

YUBER ÁNGEL REYES
Psicólogo profesional de apoyo
Secretaría de Desarrollo
Social y Participación Comunitaria

CLAUDIA BUSTAMANTE
Coordinadora Casa Refugio
Secretaría de Desarrollo
Social y Participación Comunitaria

JONATHAN MOLINA CUESTA
Representante Legal
FUNDACOSEM

SOACHA SOACHA

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas de Soacha

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

CERTIFICA QUE:

YUDI MILENA BOCANEGRA G

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 10.00

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión:febrero 12, 2022

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

O.J. 167-2020

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

C E R T I F I C A

Que la profesional, **YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. **52.860.231,** ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

CONT. Nº	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR	ADICION EN VALOR	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
211	02/01/2015	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PROFESIONAL CENTRO DE SALUD CASA PYP DE LA SUB GERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	14.123.100,00		14.123.100,00	02/01/2015 HASTA 30/06/2015
802	01/07/2015	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENFERMERA PROFESIONAL CENTRO DE SALUD CASA PYP DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA.	9.468.000,00		9.468.000,00	01/07/2015 HASTA 31/10/2015
917	01/08/2015	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENFERMERA PROFESIONAL CENTRO DE SALUD CASA PYP Y DE CONCURRENCIA SAS DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	18.335.000,00	2.000.000,00	20.335.000,00	01/08/2015 HASTA 31/12/2015
213	01/01/2016	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO SUPERVISORA CONVENIO 1025 Y ENFERMERA PROFESIONAL	11.858.048,00		11.858.048,00	01/01/2016 HASTA 30/04/2016
320	01/03/2016	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COORDINADORA DEL EQUIPO DE TRABAJO DEL CONVENIO 1025 DE 2014 EN LA ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	14.000.000,00		14.000.000,00	01/03/2016 HASTA 30/06/2016
358	01/04/2016	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENFERMERA PROFESIONAL DEL PROGRAMA DE CRONICOS EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD DE LA SUB GERENCIA COMUNITARIA EN LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	7.393.536,00		7.393.536,00	01/04/2016 HASTA 30/06/2016
213	01/01/2016	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO SUPERVISORA CONVENIO 1025 Y ENFERMERA PROFESIONAL	11.858.048,00		11.858.048,00	01/01/2016 HASTA 30/04/2016
320	01/03/2016	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COORDINADORA DEL EQUIPO DE TRABAJO DEL CONVENIO 1025 DE 2014 EN LA ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	14.000.000,00		14.000.000,00	01/03/2016 HASTA 30/06/2016
358	01/04/2016	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENFERMERA PROFESIONAL DEL PROGRAMA DE CRONICOS EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD DE LA SUB GERENCIA COMUNITARIA EN LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	7.393.536,00		7.393.536,00	01/04/2016 HASTA 30/06/2016
724	01/07/2016	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA Y REFERENTES DE LOS PROGRAMAS DE CRONICOS, CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y AIEPI DE LA ESE HOSPITAL MRIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	7.800.000,00	2.600.000,00	10.400.000,00	01/07/2016 HASTA 31/10/2016
1297	01/11/2016	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA Y REFERENTES DE LOS PROGRAMAS DE CRONICOS, CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y AIEPI DE LA ESE HOSPITAL MRIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	4.333.333,00		4.333.333,00	01/11/2016 HASTA 31/12/2016
100	01/01/2017	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA Y REFERENTES DE LOS PROGRAMAS DE CRONICOS, CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y AIEPI DE LA ESE HOSPITAL MRIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2.600.000,00		2.600.000,00	01/01/2017 HASTA 31/01/2017
499	01/02/2017	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA Y REFERENTES DE LOS PROGRAMAS DE CRONICOS, CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y AIEPI DE LA ESE HOSPITAL MRIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	18.000.000,00		18.000.000,00	01/02/2017 HASTA 31/07/2017
761	01/08/2017	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA Y REFERENTES DE LOS PROGRAMAS DE CRONICOS, CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y AIEPI DE LA ESE HOSPITAL MRIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	12.000.000,00	2.000.000,00	14.000.000,00	01/08/2017 HASTA 20/12/2017

			HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA				
350	02/01/2020	YUDY MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO Y REFERENTE DE LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMITIBLES ,CRECIMIENTO Y AIEPI DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	14.000.000,00	25.500.000,00	39.500.000,00	01/01/2020 HASTA 30/09/2020
866	01/10/2020	YUDY MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO Y REFERENTE DE LOS PROGRAMAS DE CRONICOS ,CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y AIEPI DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	13.500.000,00	N/A	13.500.000,00	01/10/2020 HASTA 31/12/2020
334	04/01/2021	YUDY MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO Y REFERENTE DE LOS PROGRAMAS DE CRONICOS ,CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y AIEPI DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	13.050.000,00	13.500.000,00	26.550.000,00	04/01/2021 HASTA 30/06/2021
687	01/07/2021	YUDY MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO Y REFERENTE DE LOS PROGRAMAS DE CRONICOS,CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y AIEPI DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA PARA LA VIGENCIA 2021	13.905.000,00	N/A	13.905.000,00	01/07/2021 HASTA 30/09/2021

952	12/08/2021	YUDY MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTAR SERVICIOS COMO REFERENTE DE LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES CRONICOS NO TRANSMITIBLES ,CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y AIEPI ,SEDE ESPECIALISTAS DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA PARA LA VIGENCIA 2021	12.000.000,00	6.000.000,00	18.000.000,00	12/08/2021 HASTA 31/10/2021
1150	01/11/2021	YUDY MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	PRESTAR SERVICIOS COMO REFERENTE ESPECIALIZADO DE LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES CRONICOS NO TRANSMITIBLES ,CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y AIEPI ,SEDE ESPECIALISTAS DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA PARA LA VIGENCIA 2021	6.000.000,00	6.000.000,00	12.000.000,00	01/11/2021 HASTA 31/12/2021 EN EJECUCION

1)práctica clínica de hipertensión, diabetes, crecimiento y desarrollo del ministerio de salud y protección social adoptadas e implementadas en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas De Soacha. Realizar Auditoria de las Guías de Práctica Clínica de Hipertensión, Diabetes, Crecimiento y Desarrollo del Ministerio de Salud y Protección Social Adoptadas e Implementadas en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, así como el diligenciamiento y sustentación de las fichas del PAS y resolución 408.2)Cumplir las metas institucionales asignadas y sus indicadores con la ejecución de las actividades encaminadas al cumplimiento de los indicadores del Plan de Gestión, PAS Y el PAMEC, planteados para el cuatrienio, así como entregar con oportunidad la información y soportes de los mismos. 3)Recepción, revisión, verificación, consolidación y análisis de los informes enviados por los coordinadores de los centros y puestos de salud relacionados con los programas de crónicos, crecimiento y desarrollo y AIEPI, organizar la información de tal manera que se cumpla con los requerimientos particulares de cada una de la EPSS con las que el hospital tiene contrato.4)Entregar los informes consolidados de las EPSS cumpliendo con los términos establecidos y definidos por cada una de ellas a la Coordinación de PyD.5)Mantener las bases de datos de cada uno de los programas actualizadas y con la completitud de la información requerida.6)Realizar visitas de acompañamiento técnico a todos los centros y puestos de salud del Hospital y supervisar el correcto funcionamiento de los programas a cargo y dejar soporte de los acompañamientos realizados mensualmente.7)Verificar que las auxiliares de los centros y puestos de salud usen las bases de datos como demanda inducida con el fin de garantizar la misma internamente.8)Realizar acompañamiento como referente de los programas de AIEPI, crónicos y crecimiento y desarrollo en el área clínica mensualmente y a las sedes asistenciales según los requerimientos. 9)Como referente de los programas de crónicos, crecimiento y desarrollo y AIEPI sugerir y/o implementar estrategias para el cumplimiento de metas con los diferentes prestadores.10)Respetar

los conductos regulares establecidos para la información y la toma de decisiones.11)Apoyar y coordinar los procesos de capacitación de los programas encomendados a su cargo.12)Acompañar, Recibir las asistencias técnicas y/o auditorias de entes externos según la necesidad e implernentar los lineamientos, directrices que se socialicen en las mismas.13)Elaborar e implementar los planes de mejoras que surjan de las auditorías internas o externas así como su seguimiento.14)Asistir a las reuniones y/o Comités que cite la Gerencia, Subgerencias o entidades externas.15)Revisión y consolidación de la base de pacientes con ECNT y enviar a las entidades que lo requieren.16)Revisión y realización de informes sobre bases de datos de laboratorios (PSA, SOH, LEUCEMIAS) con su respectivo seguimiento.17)Realización de informe de incidencia de ECNT.18)Realizar cronograma y supervisión de curso de Hipertensos en todas las sedes asistenciales.19)Reportar los resultados de los indicadores del área que están incluidos en el PAS institucional según frecuencia y con los respectivos soportes.20)Asumir las supervisiones asignadas con las acciones de seguimiento y control que ello amerite.21)Trabajar articuladamente con el área de Epidemiologia.22)Apoyar en la elaboración aplicación y socialización de las RIAS de los programas a cargo de la subgerencia comunitaria. 23)Y todas las demás actividades que le sean asignadas con relación a su objeto contractual por la Subgerencia Comunitaria y/o la gerencia.24)Actualización de formatos de historias clínicas a cargo de esta referencia.25)Realizar auditoria de las guías

Se expide a solicitud del interesado, a los nueve (09) días del mes de diciembre de 2021.

YUDY HERNANDEZ ARCINIEGAS
Asesora Jurídica
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas

Proyecto:Tatiana Calcedo Vasquez

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	Profesional especializado lider PyD-ECNT
Título	Sra.
Nombre	YUDI MILENA
Apellidos	BOCANEGRA GONZALEZ
Fecha de Nacimiento	25/11/1982 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	52860231
Dirección	AV CLL 68 SUR N 70 D71
Código postal	
Estrato	3
Ubicación	Bogotá
País	COLOMBIA
Correo electrónico	yudimar25@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3102836141
Nivel Educativo	Posgrado

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3102836141
SMS para recuperar la contraseña	3102836141

Editar