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: JEANNETTE BELTRAN RAMOS

CARGO: ENFERMERA

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

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

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

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

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

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

COORDINADORA TALENTO HUMANO
ROSANA ALEXANDRA SANTO ANGEL

Soacha, 14/06/2023

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Jeannette Beltrán Ramos

Cargo: Enfermera

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Jeannette Beltran Ramos

Cordialmente.
Nombre del Contratista: Jeannette Beltrán Ramos
CC: 51.968.514 de Bogotá
Dirección: diagonal 2D N° 39-18 Bogotá
Email: jeannettebeltranramos@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3002544539

JEANNETTE BELTRAN RAMOS



INFORMACION PERSONAL

- **Cedula de ciudadanía: 51968514**
- **Nacionalidad: colombiano**
- **Fecha de nacimiento : 01 septiembre de 1967**
- **Lugar de nacimiento : Bogotá D.C**
- **Domicilio: Alto Pompeya**
- **No de teléfono: 3144834362. 3245347670**

Correo electrónico: Jeannettebeltranramos@gmail.com

PERFIL LABORAL

Enfermeria Jefe con conocimientos en el área del manejo de pacientes de hospitalarios de III Nivel y distintas áreas como medicina interna, ortopedia, maternidad, quirúrgicas, recuperación, en salud pública, programa ampliado de inmunizaciones, territorios saludables: salud para el buen vivir, vigilancia epidemiológica, seguimientos a las cohortes, con principios y valores bien formados ,honesto ,dinámico ,comprometido, disciplinado ,tolerante ,trabajo en equipo y especialmente para trabajar bajo presión y desempeñar funciones relacionadas con servicio y atención al usuario apoyado en la ética y los derechos fundamentales del ciudadano.

EXPERIENCIA LABORAL

ATENTIA SERVIO A PERSONAL

FUNCIONES

Cuidados Integral al adulto mayor

Cuidadora

2020 a 2022

HOSPITAL RED SUROCCIDENTE KENNEDY
ENFERMERA HOSPITALARIA
01/11/2015 – /10/2017

FUNCIONES.

Medicina interna, quirúrgicas, ortopedia, observación urgencia, salas de recuperación, maternidad, hospitalización, manejo de pacientes con escaras curaciones de colostomía, paso de sondas vesicales, sonda

nasogástricas, toma de laboratorios, arteriales, ven punciones, experiencia de 5años de profesional.

HOSPITAL PABLO VI BOSA
ENFERMERA SALUD PÚBLICA
11/09/2012 – 11 /09/2013
1 AÑO RURAL
FUNCIONES:

Atención al usuario en punto de vacunación, procedimientos, dotación de consultorios, revisión de informes, recepción y traslado de vacunas, seguimiento a cohortes y no vacunados. : Visitas domiciliarias por parte del programa de salud para el buen vivir de territorios saludables. Asesoría para el direccionamiento a los diferentes entes de control. Canalizaciones y notificaciones al equipo de vigilancia epidemiológica

HOSPITAL BOSA PABLO
ENFERMERA JEFE
24/09/13 – 31/10 2015
FUNCIONES: Visitas domiciliarias por parte del programa de salud para el buen vivir de territorios saludables. Asesoría para el direccionamiento a los diferentes entes de control. Apoyo a jornadas del programa ampliado de inmunizaciones. Canalizaciones y notificaciones al equipo de vigilancia epidemiológica. Seguimientos a usuarios de programas especiales como VIH, Hepatitis. Gestantes con sífilis.

FORMACION ACADEMICA

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDIA
ENFERMERA
12. 07. 2012 (Culminado)

LICEO ROMULO GALLEGOS
BACHILLER ACADEMICO
03. 12.1988 (Culminado)

INFORMACION COMPLEMENTARIA

LACTANCIA MATERNI INFANTIL
SECRETARIA DE SALUD

HUMANIZACION NIVELS I. II
CENTRO CAMILIANO

SALA DE CIRUGIA

REFERENCIAS FAMILIARES
Alejandro Gómez
INGENIERO
Celular 30043769

Jeimmy Hernández
Asistente de Autorizaciones
Celular 3175472077

8

Referencias Personales

Jazmin Guerrero
Comerciante
3007689515

Adela MENDEZ
Pensionada
3123773539

JEANNETTE BELTRAN RAMOS

C.C. 51.968.514 BOGOTA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 51.968.514
BELTRAN RAMOS

APELLIDOS
JEANNETTE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1967
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

11-DIC-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-8835565-01220980-F-0051968514-20210304 0073685021A 1 54400868

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 211047717

WEB
14:01:50

Bogotá DC, 07 de diciembre del 2022

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) JEANNETTE BELTRAN RAMOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51968514:

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.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 225157797

WEB
13:37:09

Bogotá DC, 14 de junio 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) JEANNETTE BELTRAN RAMOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51968514:

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 miércoles 14 de junio de 2023, a las 13:26:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	51968514
Código de Verificación	519685142306141326 22

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

12

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:01:06 PM horas del 14/06/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **51968514**

Apellidos y Nombres: **BELTRAN RAMOS JEANNETTE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

13

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/06/2023 02:34:23 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **51968514** y Nombre: **JEANNETTE BELTRAN RAMOS.**

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. **63455461** . 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 **JEANNETTE BELTRÁN RAMOS** identificada con la cédula de ciudadanía número 51.968.514, 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, a los veinte (20) días del mes de junio del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

	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:	2023-06-14	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL: Auxiliar de enfermería
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BELTRAN	RAMOS	JEANNETTE	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	51,968,514	BOGOTÁ	1987-12-11
PASAPORTE	OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1967-09-01	BOGOTÁ	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	X UNION LIBRE	VIUDO(A)	2	2	3002544539

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
DIAGONAL 2D N° 39-18	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3002544539

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
JEANNETTEBELTRANRAMOS@GMAIL.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
N/A	N/A	N/A	N/A

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO		
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO	CUAL:	ENFERMERA
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.....		

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	SI NO X	E.S.E Región de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT	8000006850-3
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	NANCIERA	TRANSPORTE	NOLOGIA	MENTOS	ICAMENTOS		
OTRA	CUAL:								

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9-85	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERA	FECHA VINCULACION	2023-06-14

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	3,322,368	GASTOS FAMILIARES	1,800,000	AHORROS	1,000,000	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	16,000,000
ARRIENDOS	1,000,000	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	2,000,000
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	1,500,000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**4,322,368**	TOTAL EGRESOS	**2,300,000**	TOTAL ACTIVOS	**1,000,000**	TOTAL PASIVOS	**18,000,000**

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
RODRIGUEZ	VELASQUEZ	CAROL	DANIELA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 36#1-35 URBANIZACIÓN TERRAGRANDE 1 ETAPA	SOACHA	LABORAL	3058688003

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO BANCOLOMBIA	AHORROS	82700081861	SOACHA	(601) 4911515

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 ☐ TRA ☐ CUAL: N/A

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

ENFERMERA

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro 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 acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. O[illegible]

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

Jeannette Betten Ramos

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14874082941

(415)7707212489984(8020) 000001487408294 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 9 6 8 5 1 4	4	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 ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 1 9 6 8 5 1 4	1 9 8 7 1 2 1 1

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
BELTRAN	RAMOS	JEANNETTE	

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
DG 2 D 39 18

42. Correo electrónico jeannettebeltranramos@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 4 5 3 4 7 6 7 0	

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 1 3 0 7 1 3							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 - 10 - 31 / 19 : 34: 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 BELTRAN RAMOS JEANNETTE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

16

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JEANNETTE BELTRAN RAMOS identificado(a) con Cedula Ciudadania 51968514, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ESTHER RAMOS GARCIA	PD	20148117	CC	20170301	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Junio de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: MARIA ISABEL GOMEZ
22088388

CER-AFI

Vigilado Supersubsidio

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JEANNETTE BELTRAN RAMOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **51.968.514**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 14 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

FORMATO ÚNICO

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
Beltran	Ramos	Jeannette

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 51968514 | 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 01 MES 09 AÑO 1967

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

DIAGONAL 2 D 39 18

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO 5759135 EMAIL jeannettebeltranramos@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1988
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	07	2012	51968514

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 BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3245347670	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	11	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 13 SUR - 10 85					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4480030	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	31	*Mes*	12	*Año*	2015	*Día*	16	*Mes*	09	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* REQUIERE CORRECCION						*DIRECCIÓN* CARRERA 74 F 40 54 SUR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD bosa pablo vi			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7799800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	09	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* REQUIERE CORRECCION						*DIRECCIÓN* CARRERA 78 A 69 70 SUR					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	6	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	3

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Soacha Junio 15/2023

Jennifer Bibiana Romero

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Jeannette Beltran Ramos

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 51968514 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

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

DIRECCIÓN: DIAGONAL 2 D 39 18 TELÉFONO: 3002544539 5759135

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Gineth Paola Reyes Beltrán	52936571	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 X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN 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
HONORARIOS	$20.557.152
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$20.557.152

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
bancolombia	CUENTA DE AHORROS	82700018161	soacha	1

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLES	casa	90.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA	
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	Junio 20/2023 CIUDAD Y FECHA

DAFP-QAP

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

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

Soacha, 1 4 / 0 6 / 2 0 2 3

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo, Jeannette Beltrán Ramos, identificado(a) con cedula No. 51.968.514 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de :enfermera, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo 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,

Jeannette Beltran Ramos

Jeannette Beltrán Ramos
C.C 51.968.514

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, 14 de junio de 2023

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

Yo, Jeannette Beltrán Ramos, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 51.968.514 de Bogotá, por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,

Jeannette Beltran Ramos

Jeannette Beltrán Ramos
C.C. No. 51.968.514 de Bogotá

AXA COLPATRIA

INGRESO 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 TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	51968514
Nombre:	JANNETTE BELTRAN RAMOS
Fecha Inicio contrato:	01/07/2023
Fecha Fin contrato:	30/09/2023
Fecha Inicio cobertura:	07/07/2023
Número contrato:	10886
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 1
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	6/7/2023 11:47:07 AM

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	22/12/2022

ARL AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Jeannette Beltrán Ramos

Nº Documento: 51.968.514 de Bogotá

Fecha de Nacimiento: 01/09/1967 Bogotá

Dirección: diagonal 2D Nº 39-18 Bogotá

Teléfono. Fijo – Celular: 3002544539

E-mail: jeannettebeltranramos@gmail.com

EPS: Compensar

AFP: Porvenir

Firma Contratista: Jeannette Beltran Ramos

.....

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.

28

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 14 de junio de 2023

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

ENFERMERA

Cordialmente;

Jeannette Beltran Ramos

Firma:

N° Documento: 51.968.514 de Bogotá

Tarjeta Profesional N°: 51.968.514

Dirección de contacto: diagonal 2D N° 39-18

Teléfono: 3002544539

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

Yo, Jeannette Beltrán Ramos identificado (a) con cédula de ciudadanía número 51.968.514 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

30

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.

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

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

31

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 06 días del mes de junio del 2023

Jeannette Bettan Ramos 

Firma y huella

3002544539

Celular No.

Correo institucional

Soacha,21 de junio de 2023.

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

Yo Jeannette Beltrán Ramos con C.C.51968514 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,

JEANNETTE BELTRAN RAMOS
C.C. 51968514 DE BOGOTA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101006681	0

TOMADOR JEANNETTE BELTRAN RAMOS — CC 51.968.514

DIRECCION DG 2 D NRO. 39 - 18 — CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT — TELEFONO 3245347670

ASEGURADO JEANNETTE BELTRAN RAMOS — CC 51.968.514

DIRECCION DG 2 D NRO. 39 - 18 — CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL — TELEFONO 3245347670

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY — SI

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
03 / 11 / 2022	03 / 11 / 2022	03 / 11 / 2023	03 / 11 / 2022	03 / 11 / 2023

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
PUBLISEGUROS LTDA	48758	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 50,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 50,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 10,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 5,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ ********50,000,000.00	PRIMA:	$ **********82,667.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********15,706.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********98,373.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 2172417 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1100211302169 6(3900)000000098373(96)20221218

REFERENCIA PAGO: 1100211302169-6

14-03-101006681

FIRMA AUTORIZADA

FLORDIAZ

CLIENTE

TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 93 - 23 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

EU DIGITAL COVID CERTIFICATE
CERTIFICADO COVID DIGITAL DE LA UE
CERTIFICAT COVID DIGITAL DE LA UE

Vaccination·Vacunación·Vacunació



Surname and forename / Apellidos y nombre / Cognoms i nom

BELTRAN RAMOS, JEANNETTE

Date of birth / Fecha de nacimiento / Data de naixement

1967-09-01

Vaccination details / Datos de vacunación / Dades de vacunació:

Certificate identifier / Identificador del certificado / Identificador del certificat

01ES10VC1A031711A4E48CC95D50#C

Certificate issuer / Emisor del certificado / Emissor del certificat

Comunitat Valenciana

Disease targeted / Enfermedad que se previene / Malaltia que prevé

COVID-19

Vaccine/prophylaxis / Tipo de vacuna / Tipus de vacuna

SARS-CoV-2 mRNA vaccine / SARS-CoV-2 vacuna ARNm / SARS-CoV-2 vacuna ARNm

Number in a series of vaccinations and number of doses / Número en una serie de vacunaciones y número de dosis / Número en una sèrie de vacunacions i número de dosi

3/3

Vaccine medicinal product / Vacuna administrada / Vacuna administrada

Spikevax

Date of vaccination / Fecha de vacunación / Data de vacunació

2022-04-26

Manufacturer / Fabricante / Fabricant

Moderna Biotech Spain S.L.

Member State of vaccination / Estado miembro de la vacunación / Estat membre de la vacunació

ES

This certificate is not a travel document. The scientific evidence on COVID-19 vaccination, testing and recovery continues to evolve, including with regard to new virus variants of concern. Before travelling, please check the applicable public health measures and related restrictions applicable at the point of destination. El presente certificado no es un documento de viaje. Los datos científicos sobre vacunación, realización de pruebas y recuperación relacionados con la COVID-19 siguen evolucionando, también en lo que respecta a la vista de nuevas variantes preocupantes del virus. Antes de viajar, compruebe las medidas de salud pública aplicables y las restricciones correspondientes que se apliquen en el lugar de destino. / El present certificat no és un document de viatge. Les dades científiques sobre la vacunació, el test i la recuperació de la COVID-19 continuen evolucionant, també a la vista de les noves variants preocupants del virus. Abans de viatjar, comprovi les mesures de salut pública aplicables i les restriccions corresponents que s'apliquin en el punt de destí.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010733504

Fecha de generación del carné: viernes, 16 de septiembre de 2022 07:33 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	51968514
Nombres y Apellidos	JANETHE BELTRAN RAMOS
Fecha de nacimiento:	01/09/1967

Hepatitis B	Refuerzo	20/05/2012	Engerix B Adultos		
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Primera dosis	16/04/2010	Tetavax		NUEVA EPS IPS ANDAR JUAN CIUDAD
	Segunda dosis	20/05/2010	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Tercera dosis	21/11/2010	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Cuarta dosis	20/05/2012	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Quinta dosis	13/04/2011	Tetavax		GRUPO EXTRAMURAL - CHAPINERO
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				

40 - 41

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010733504

Fecha de generación del carné: viernes, 16 de septiembre de 2022 07:33 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	51968514
Nombres y Apellidos	JANETHE BELTRAN RAMOS
Fecha de nacimiento:	01/09/1967

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	04/10/2005	Stamaril		CAMI SUBA
	Refuerzo	21/10/2015	Fiebre Amarilla	K5435-1	
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	13/02/2011	Engerix B Adultos		
	Segunda dosis	20/03/2011	Engerix B Adultos		
	Tercera dosis	20/04/2011	Engerix B Adultos		

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

Consérvelo

e requerir el certificado Internacional de Vacunación
is, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

412

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSP
PARA

Certificado de Vacunación del Adult

Nombres: Jeanette

Apellidos: Beltrán Ramí

Documento de identidad: C.C. Y T.I. Pasaporte No 5196

Fecha de Nacimiento: Día 01 Mes 09 Año 1

Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
1			
1			
2			
3			
4			
5			
1			
2			
3			
R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote
Contra Fiebre Amarilla	U.	21-10-15	LS046 12/16
Contra Influenza		25-04-18	51011
	X	10/03/19	15107
Virus de Papiloma Humano			

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
SALUD



Fecha: 2/Nov/2022, Hora: 16:48:52 pm
Apellido: RAMOS
Tipo Doc: CC
Empresa: Particular
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL
Direccion: Diagonal 2D #39-18
Nombre: BELTRAN JEANNETTE
Nro Identidad: 51968514
HC: # 45526
Edad: 48 AÑOS
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 01/Sep/1967
Rh: O+
Telefono: Celular: 3238095211 Email: Estado Civil: Soltero
Ciudad: Bogota D.C. - Ciudad Bolivar

Examenes Realizados
Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto
O CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones
Uso de Elementos de Proteccion Personal
Higiene Postural
Pausas Activas
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USAR PROTECCIÓN VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE.
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Observaciones
*PACIENTE QUE, A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SINTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

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

Tatiana Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD OCUPACIONAL
R.M 8526/2015
LIC S.O. 3594/2016

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

JEANNETTE BELTRAN RAMOS
CC 51968514

Huella Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010733504

Fecha de generación del carné: viernes, 16 de septiembre de 2022 07:33 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	51968514
Nombres y Apellidos	JANETHE BELTRAN RAMOS
Fecha de nacimiento:	01/09/1967

Triple viral	Primera dosis	20/05/2012	Trimovax		
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA
Personería Jurídica Res. 22715 Mineducación Dic. 9 81

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 586

En Bogotá D.C., el 13 de julio de 2012 a las 10:00 horas, convocados por Resolución 011 de la Rectoría Bogotá del 6 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, doctor José Leonardo Valencia Molano, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Edgar Orlando Cote Rojas y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **JEANNETTE BELTRAN RAMOS** con cédula de ciudadanía Número 51968514 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en libro de registro de títulos Tomo 6, Folio 180, numero 32690

JOSE LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector Bogotá
EDGAR ORLANDO COTE ROJAS. Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Dada en Bogotá D.C., el 13 de julio de 2012.

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

46

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Noviembre Dic. 9 83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Jeannette Beltrán Ramos

C.C. No. 51.968.514 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D.C., 13 de julio de 2012

El Rector

El Secretario General

El Director

Tomo 6 *Folio 180* *Registro 32691* *Fecha: 13 de julio de 2012*

45


REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC
NOMBRES JEANNETTE
APELLIDOS BELTRAN RAMOS
C.C. 51.903.514 BOGOTA
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA
RUN No. 33569
Fecha de Expedición 01/NOVIEMBRE/2013

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 12144 *de* 09/10/2013

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000, expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BELTRAN RAMOS JEANNETTE identificado(a) con CC número 51968514 expedida en BOGOTA D.C. ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 13/07/2012, acta de grado No.586, Diploma No. 32690 y registrado en el libro 6 Folio 180 año 2012.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el(la)HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - localizada en Bogota D.C., durante el período comprendido entre 04/09/2012 y 03/09/2013.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante está cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;
Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a BELTRAN RAMOS JEANNETTE identificado(a) con CC número 51968514 expedida en BOGOTA D.C. para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 09/10/2013

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Aprobó Isabel Cristina Arundu...
Revisó Daniel Cruz B / Carmen Rosa Gallego
Elaboró Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 28-OCT 2013
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Jeannette Beltrán Ramos
CC. # 51968514 Bogotá
Firma

No. 36853

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC

RESOLUCION No 36568 de NOVIEMBRE 01 DE 2013
Por la cual se expide el Registro Único Nacional Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13, 14 y 15 de la Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería.

CONSIDERANDO

A) Que, JEANNETTE BELTRAN RAMOS Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 51.968.514, expedida en BOGOTA, ha solicitado su Inscripción y Registro Único Nacional como Profesional de Enfermería, lo cual la (o) acredita para ejercer la Profesión de Enfermería en Colombia.

B) Que para este efecto presentó los siguientes documentos : Formulario de Solicitud; fotocopia del Diploma y Acta de Grado otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida por el Gobierno; fotocopia de la cédula de ciudadanía; recibo de pago de los derechos de expedición; fotocopia de la Resolución expedida por la respectiva Secretaría de Salud donde conste el cumplimiento o Exoneración del Servicio Social Obligatorio; fotocopia de la Resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación para los títulos expedidos en el exterior y 2 fotografías a color, tamaño 3 x 4 de fondo azul o verde.

C) La Unidad de Registro Único Nacional de Enfermería de la ANEC, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos en el literal B, los cuales son registrados en el Acta Número 550 del 01 de NOVIEMBRE de 2013.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer la calidad de Profesional de Enfermería a JEANNETTE BELTRAN RAMOS, egresada(o) de la UNIVERSIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de BOGOTA, el 13 del mes JULIO de 2012, para lo cual se expide el Registro y Tarjeta Profesional No. 36568, y en constancia se inscribe en el libro correspondiente.

Parágrafo: En el caso de presentar documentación no compatible con los datos aportados por las Facultades de Enfermería del país, esta información será reportada a la Entidad Educativa y a las Entidades de Control, para que tomen las medidas pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Expedida en la ciudad de Bogotá D.C., a los 01 días del mes de NOVIEMBRE de 2013

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC

48

ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA
ANEC
REGISTRO UNICO DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA
LEY 266 DE 1996

Bogotá D.C., Noviembre 27 de 2.013

CERTIFICADO DE REGISTRO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Nos permitimos certificar que la enfermera **JEANNETTE BELTRAN RAMOS,** identificada con Cédula de Ciudadanía N° 51.968.514 de BOGOTA, se encuentra Inscrita y Registrada como Profesional de Enfermería, a través de la Resolución y Tarjeta Profesional N° 36568 de fecha NOVIEMBRE 01 de 2013; la cual la acreditada para ejercer la Profesión de Enfermería en todo el territorio nacional

Esta Constancia se expide a solicitud de la interesada y NO reemplaza el registro profesional.

Atentamente,

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
REGISTRADORA
ANEC NACIONAL

*Carrera 27 No. 46-21 * Teléfono 2683535 * Fax 2692095 E-mail registro@anec.org.co*

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país 018000950029
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

5136

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-06-14--2:07:55 PM

CC	51968514	JEANNETTE	BELTRAN	RAMOS	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) JEANNETTE BELTRAN RAMOS identificado(a) con CC 51968514 registra la siguiente información:

2023-06-14 -2:07:55 PM

Información Académica

UNV	Local	Enfermería	2013-11-01		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2013-10-09	12144	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1997-04-11	336	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).

51

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Jeannette Beltran Ramos

c.c. 51968514 de Bogota D.C

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos – Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-10-18
Fecha de vencimiento: 2024-10-18

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

52

8269

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2022-12-07--2:14:07 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	51968514	JEANNETTE		BELTRAN	RAMOS	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) JEANNETTE BELTRAN RAMOS identificado(a) con CC 51968514 registra la siguiente información:

2022-12-07--2:14:07 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2013-11-01		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2013-10-09	12144	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1997-04-11	336	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 (Resolucion 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).

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 5:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso

ESCUELA INTERNACIONAL DRAGONES DEL GOLFO

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO RESOLUCION 0773 DE 2020

ASOCIACION EMERHUIL

NIT: 900865308-1

AVS 609

CODIGO DE VERIFICACION

Hace Constar que:

JEANNETTE BELTRAN RAMOS

C.C. 51968514 DE BOGOTA (D.C)

Cumplió satisfactoriamente con los Objetivos del curso

ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL DE GENERO Y CADENA DE CUSTODIA

Intensidad horaria: 40 horas, dado en Bogotá, 20,21 de JUNIO 2023

Juan Pablo Campo Gómez
REPRESENTANTE LEGAL

emerhuil@Outlook.com

VERIFICACION VIRTUAL http://emerhuil.wix.com/emerhuil

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Jeannette Beltran Ramos

c.c. 51968514 de Bogota D.C

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2022-10-20
Fecha de vencimiento: 2024-10-20

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Escaneado con CamScanner

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

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

CERTIFICA QUE:

Jeannette Beltrán Ramos

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,82

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisiómoviembre 1, 2022

CUNDINAMARCA
Que Progresa!

CORPORACION EDUCATIVA ARKOS "U"

Certifica que:

JEANNETTE BELTRAN RAMOS

Con cedula de ciudadanía No. 51.968.514 de Bogotá

ASISTIÓ A LA ACTUALIZACION DE
SOPORTE VITAL BASICO EN EMERGENCIA
"RCP"

Con una intensidad de 20 Horas.

Se expide en Soacha, Cundinamarca a los (15) quince dias del mes de Julio de 2022

CECILIA ALVAREZ BUSTOS
DIRECTORA REGIONAL

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Resolución No. 004499 del 13 de Julio 2019 expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
Acuerdo ejecutivo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de la Protección Social

Certifica que:

JEANNETTE BELTRAN RAMOS

Identificado(a) con D.I. No. 51.968.514

Asistió al curso de:

LABORATORIO CLÍNICO

Dado en Bogotá D.C el día 26 de Junio del 2022, con una duración de 40 horas

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit: 900 759 014-6

Dra. Martha Tatiana Ferraz Castillo
Directora General
R.M. 118453

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Coordinación General

57

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO – OPS
DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 800.219.600-3

HACE CONSTAR:

Que entre el HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO y **JEANNETTE BELTRAN RAMOS**, identificado (a) con cédula de ciudadania No. **51.968.514** se celebraron las siguientes Órdenes de Prestación de Servicio, las cuales al tenor del artículo 32 de la Ley 80 de 1993 no generan vinculo laboral:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
1930/2013	24 de Septiembre de 2013	31 de Diciembre de 2013
1521/2014	02 de Enero de 2014	31 de Agosto de 2014
3205/2014	05 de Septiembre de 2014	30 de Septiembre de 2014
3831/2014	06 de Octubre de 2014	31 de Diciembre de 2014
1535/2015	02 de Enero de 2015	31 de Octubre de 2015

La Orden de Prestacion de Servicios No. 1535/2015; Por un valor mensual de CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE. ($4.146.000); como PROFESIONAL EN ENFERMERIA.

Se expide la presente constancia en Bogotá, a los veintitrés (20) dias del mes de Noviembre de 2015.

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
Abogada

Cpia Archivo
Elaboro: Gloria Stella Palaquiva
Revis. MAGD

58

Scanned by CamScanner

ESCUELA INTERNACIONAL DRAGONES DEL GOLFO

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO RESOLUCION 0773 DE 2020

ASOCIACION EMERHUIL

NIT: 900865308-1

Hace Constar que:

SA 745

CODIGO DE VERIFICACION

JEANNETTE BELTRAN RAMOS

C.C. 51968514 DE BOGOTA (D.C)

Cumplió satisfactoriamente con los Objetivos del curso

SOPORTE DE VIDA AVANZADO/ACLS

MANEJO DE D.E.A

Intensidad horaria: 40 horas, dado en Bogotá 8,9 ENERO, de 2023

Juan Pablo Campo Gómez
REPRESENTANTE LEGAL

emerhuil@Outlook.com

VERIFICACION VIRTUAL http://emerhuil.wix.com/emerhuil

Company Data

Interests Subscription Management

Company Settings

Members Management

Recommendation Requests Management

Company Docs

Alert Subscription

Edit | Edit More Data

General Information

Company Logo

Legal Name jeannette beltran ramos

Commercial Name jeannette beltran ramos

Date of Incorporation 2/02/2018 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Country of Origin COLOMBIA

Type of Document Citizenship Identification

Tax Id 51968514

Company Type Persona Natural colombiana

Main Business Category

Time Zone

Default Language

Default Currency

Contact Information

Address diagonal 2d n. 39 - 18

Country COLOMBIA

City Distrito Capital de Bogotá

Province Bogotá

Zip Code

Office Phone 3245347670

Office Fax 3144834362

Email jeannettebeltranramos@gmail.com

Notification Email jeannettebeltranramos@gmail.com

Address	State	Country	Phone
No items found...			

Web Contacts

Web Address

Facebook Url

Linkedin Url

YouTube Url

Twitter Url

Primary Contact

Title Mrs

Display Name: jeannette beltran ramos

Job Title enfermera

Phone 3245347670

Mobile 3245247670

Fax

Email jeannettebeltranramos@gmail.com

Financial Information