| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: Gerencia de talento humano | CÓDIGO | TH_FTO_10 |
| | | VERSIÓN | 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: YENIFER BELLO UTINICO**

**CARGO: TRABAJADORA SOCIAL**

| 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) | ✓ | | | |
| 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 , visiometria 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 legajado, 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.

**ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL**
**COORDINADORA DE TALENTO HUMANO**

Soacha, 15 de septiembre de 2023

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: YENIFER BELLO UTINICO

Cargo: TRABAJADORA SOCIAL

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

Cordialmente,

Yenifer Bello U.

YENIFER BELLO UTINICO
Dirección:CARRERA 76 ESTE # 7F-05
Email:YENIFERBELLO96@GMAIL.COMTeléfo
no/ Celular: 3134753950



# YENIFER BELLO UTINICO

TRABAJADORA SOCIAL

**Perfil**
Trabajadora social con experiencia formativa realizando actividades relacionadas con brindar un acompañamiento y seguimiento a personas con condiciones especiales o pertenecientes a fundaciones, generación de visitas domiciliarias, brindar orientación y atención a usuarios. Con capacidad de análisis, dinámica, recursiva y trabajo en equipo. Además de ser trabajadora Social también tengo competencias en atención al cliente, archivo y en administración de empresas

Contacto
TELÉFONO:
3134753950

CORREO ELECTRÓNICO:
yeniferbello96@gmail.com.

## EDUCACIÓN

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS.**
TRABAJADORA SOCIAL
2014-2018

**SENA**
TECNOLOGA EN GESTION DE RECURSOS HUMANOS

## EXPERIENCIA LABORAL

**MARIO HERNANDEZ (APRENDIZ RECURSOS HUMANOS)**
**(01-08-2022)- (24-02-2023)**
apoyo en el área de contratación, recepción y verificación de documentos. consolidado de carpeta según lista de chequeo recopilación de firmas- archivo de la carpeta inicial del trabajador apoyo al área de RR.HH. en bienestar en las actividades que se requieran- cumpleaños y demás actividades según cronograma apoyo inducción
apoyo en el tema disciplinario, entrega de citaciones a proceso disciplinario y sube al drive la información consolidación de pdf. atención al cliente soporte a los requerimientos de los colaboradores en temas relacionados a RR.HH. entrega de dotación al personal, desde el inventario a la entrega de la misma a los colaboradores

**FUNDACIÓN EL ARTE DE VIVIR (PROMOTOR DE GESTIÓN SOCIAL Y PROFESIONAL DE APOYO PSICOSOCIAL)**
(1 DE JUNIO DE 2016-25 ABRIL 2017 Y 7 SEPTIEMBRE 2019 A MARZO 31 DE 2020)
capacitación a agentes educativos en proyecto de convivencia para la promoción de derechos.
elaboración de informes
focalización de población
articulación con redes institucionales.
sistematización de procesos.
orientar proceso de atención psicosocial y prestar orientación para la atención en salud integral a población víctima de conflicto armado.

COMPETENCIAS

- manejo de excel
- herramientas ofimaticas
- conocimientos en rrhh
- conocimientos en admon
- conocimientos en archivo

**PASTORAL SOCIAL (PRACTICANTE TRABAJO SOCIAL**
**01-JULIO 2016 – 31 DE JUNIO 2017**
descripción de funciones: encargado de realizar el acompañamiento y seguimiento de adulto mayor, visitas domiciliarias a entidades beneficiarias del banco de alimentos, realizar apoyo alimenticio y psicosocial a adultos mayores en banco de alimentos.
logros:
ayude a que el adulto mayor tuviera mejor adherencia a los programas al generar incentivos dentro de los talleres.
ayude a verificar el adecuado uso de los recursos al hacer inspecciones dentro de las fundaciones.

ACTITUDES

trabajo en equipo
trabajo bajo presión
comunicación asertiva
escucha asertiva

REFERENCIAS LABORALES

Gisela Sánchez
Psicóloga
Teléfono. 3138030030

Claudia Garzon Benavides
Psicóloga
Teléfono. 6016714413

Ana Susana Garzón.
Psicóloga
Teléfono. 3114785601.

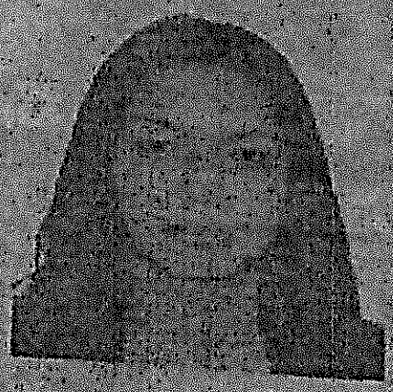
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.706.157
BELLO UTINICO

APELLIDOS
YENIFER

NOMBRES
Yenifer Bello Utinico

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1996
SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-ENE-2014 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
PATRICIA ANGEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1524700-00545543-F-1073706157-20140210 0037-113360A 1 40655150

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 231377807

PIB
13:42:59


Bogotá DC, 15 de septiembre 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) YENIFER BELLO UTINICO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073706157:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 15 de septiembre de 2023, a las 13:28:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1073706157 |
| Código de Verificación | 1073706157230915132835 |

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 01:29:20 PM horas del 15/09/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1073706157**
Apellidos y Nombres: **BELLO UTINICO YENIFER**

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

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

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

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

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

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, 15/09/2023 02:34:45 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1073706157 .**

## 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. **73097227** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14893170799

(415)7707212489984(8020) 000001489317079 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 7 3 7 0 6 1 5 7 | 5 | 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 | 1 0 7 3 7 0 6 1 5 7 | 2 0 1 4 0 1 1 0 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Soacha 7 5 4 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BELLO | UTINICO | YENIFER | |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Soacha 7 5 4 |

41. Dirección principal: CR 6 ESTE 7 F 05 BRR PRADERA PRIMER SECTOR

42. Correo electrónico: yeniferbello96@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 5 7 6 1 9 2 8 | 3 1 3 4 7 5 3 9 5 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 4 0 2 0 5 | | | | | | | |

## 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

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

## Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☒ 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2023 - 02 - 02 / 12 : 53: 53

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: BELLO UTINICO YENIFER
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 27-09-2023 10:39:25AM

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

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

| FECHA: | 2023-09-15 | 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 | X | SERVIDOR PUB | | OTRO | | CUAL: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| BELLO | UTINICO | YENIFER | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C | NUIP | 1073706157 | SOACHA | 2014-01-10 |
| PASAPORTE | | OTRO | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1996-01-09 | SOACHA | COLOMBIA | COLOMBIANA |

| ESTADO CIVIL | | | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) | CASADO(A) | DIVORCIADO(A) | UNION LIBRE X | VIUDO(A) | 2 | 2 | 3134753958 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CRA 6 ESTE # 7F-05 | SOACHA | CUNDINAMARCA | COLOMBIANA | 5761928 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| YENIFERBELLO96@GMAIL.COM | | PROPIA | FAMILIAR | ARRENDADA X |

| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| MUÑOZ | GARZON | EDWIN | FERNANDO |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C | NUIP | 1073706157 | SOACHA | 06 DE FEBRERO 2012 | |
| PASAPORTE | | OTRO | CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO | NACIONALIDAD: | COLOMBIANO |

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO | | ESTUDIANTE | | HOGAR | | PENSIONADO | |
| SOCIO | | CONTRATISTA X | | COMERCIANTE | | EMPLEADO PUBLICO X | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE | | EMPLEADO SOCIO | | | | OTRA.... | |

CUAL: TRABAJADORA SOCIAL

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

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

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

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | | | | | # NIT | 800806850-3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | GOBIERNO | | SERVICIO | | SALUD X | | | | | | |

EXPORTACIONES | AGRICOLA | ENERGETICA | FINANCIERA | TRANSPORTE | TECNOLOGIA | ALIMENTOS | MEDICAMENTOS X

OTRA | CUAL:

| | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| REGION DE SALUD SOACHA | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Calle 13 10 85 | 7309230 | Soacha | Cundinamarca | Colombia |

| CARGO ACTUAL | Trabajadora Social | FECHA VINCULACION | 2023-09-15 |
|---|---|---|---|

**4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

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

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | 2,784,800 | GASTOS FAMILIARES | $1,700,000 | AHORROS | $ 150.000 | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | | ARRIENDOS | $ 500.000 | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | $ 500.000 | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | 2,784,800 | TOTAL EGRESOS | $ 2.200.000 | TOTAL ACTIVOS | $ 150.000 | TOTAL PASIVOS | $ 0 |

| 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 al vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| VEGA | HERNANDEZ | JENNY | ALEJANDRA |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| CLL 38 N 72Q-78 | BOGOTA | AMIGA | 3142094080 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| BANCOLOMBIA | Cuenta ahorros | 22140530640 | SOACHA PARQUE | |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

**8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

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

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

**Trabajadora Social**

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 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al 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 Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

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

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

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

## CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien 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) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

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

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

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

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

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

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

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

## IX. FIRMA Y HUELLA

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

Yenifer Bello V.

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Indice Derecho**

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS SURAMERICANA S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **YENIFER BELLO UTINICO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1073706157** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1073706157 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | YENIFER BELLO UTINICO |
| TIPO DE AFILIADO | SEGUNDO COTIZANTE |
| PARENTESCO | COMPAÑERO (A) PERMANENTE |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 25/04/2018 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 1103 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 49 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **15/09/2023**

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

**EPS SURAMERICANA S.A**

**Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla:** 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941, **Medellín:** 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

**Línea Nacional:** 01 8000 519 519

***epssura.com***

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**YENIFER BELLO UTINICO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.706.157**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 15 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Bello | Utinico | Yenifer |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 1073706157 | 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 09 MES 01 AÑO 1996

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CARRERA 6 ESTE - 7F 05

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO 5761928 EMAIL yeniferbello96@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PREGRADO | 10 | X | | TRABAJO SOCIAL | 12 | 2018 | 1073706157 |

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION MES | TERMINACION AÑO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

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

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

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>fundacion arte apara vivir | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6714413 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 09 | *Año* 2019 | *Día* | 31 | *Mes* | 03 | *Año* | 2020 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>A PSICOSOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>A NIVEL NACIONAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 55A - 168A 11 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIOCESIS DE SOACHA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4745555 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* 2016 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2017 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APRENDIZ / PASANTIA | *DEPENDENCIA*<br>TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 52 - 7 94 | | | | | | |

## 5 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* | | | | | | |

## 6 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 6 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 0 | 6 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 7 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 CONLA 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 15 - Septiembre 2023

Yenifer Bello U

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 8 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, Yenifer Bello Utinico

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1073706157 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 6 ESTE - 7F 05 TELÉFONO: 3134753950 5761928

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| VALERY FERNANDA MUÑOZ BELLO | 1074826436 | HIJO(A) |
| AARÓN JOEL MUÑOZ BELLO | 1074832382 | 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 |
|---|---|
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0 |
| TOTAL | $0 |

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 | 221-405306-40 | SOACHA PARQUE | 0,1 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| MOVISTAR | PLAN | 24.090 |

### 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 X** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | N° |
|---|---|---|
| EDWIN FERNANDO MUÑOZ GARZON | C.C. **X** C.E. T.I. | 1073700043 |

## 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

| | |
|---|---|
| Yenifer Bello U. | Soacha, 15-Sept-2023 |
| FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA | CIUDAD Y FECHA |

DAFP-OAP

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

| REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO DE INDEMNIDAD | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica | CÓDIGO | JUR_FTO_02 |
| | | VERSIÓN | 00 |
| | | VIGENCIA | 05/07/2022 |

**Soacha, septiembre 15 de 2023**

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

Yo Yenifer Bello Utinico, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1073706157 de Soacha, por medio del presente documento mepermito manifestar que:

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

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

Cordialmente,

Yenifer Bello U.
C.C. No. 1073706157 de Soacha

| 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, 15 de septiembre de 2023

## NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Yenifer Bello Utinico, identificado(a) con cedula No. 1073706157 de Soacha, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Trabajadora Social, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

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

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

Yenifer Bello U.

C.C. 1073706757

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

ARL AXA COLPATRIA

**DATOS DEL CONTRATISTA:**

Nombre y apellido: **Yenifer Bello Utinico**

N° Documento: 1073706157

Fecha de Nacimiento: 09-enero-1996

Dirección: Carrera 76 este 7 F 05

Teléfono. Fijo – Celular: 3134753950

E-mail: yeniferbello@gmail.com

EPS: Sura

AFP: Porvenir

Firma Contratista: Yenifer Bello U.

.....

**DATOS INSTITUCIONALES**

**DATOS DEL CONTRATO:**

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

.....

**DATOS AFILIACION:**

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

.....

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

AXA COLPATRIA

## 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:** | 1073706157 |
| **Nombre:** | YENIFER YENIFER UTINICO |
| **Fecha Inicio contrato:** | 01/10/2023 |
| **Fecha Fin contrato:** | 30/11/2023 |
| **Fecha Inicio cobertura:** | 28/09/2023 |
| **Número contrato:** | 11381 |
| **Nit empresa en misión:** | 0 |
| **Código Sucursal** | SUCURSAL 1 |
| **Centro de trabajo** | CTRAB 003 |
| **Fecha hora transacción:** | 27/9/2023 9:33:30 AM |

| 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 Septiembre 15 de 2023

Señores:

Corporacion Universitaria Minuto de Dios

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo **Yenifer Bello Utinico** en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiary 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:

Trabajadora Social

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Yenifer Bello U.

N° Documento 1073706157

Tarjeta Profesional N° 1073706157

Dirección de contacto Carerra 6 este 7 12 05

Teléfono 3134753950

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

Yo, **YENIFER BELLO UTINICO,** identificado (a) con cédula de ciudadanía número **1073706157,** expedida en BOGOTA en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA,** usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:**
Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA,** me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

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

| ITEM | DESCRIPCION | MARCAR CON X |
|---|---|---|
| 1 | BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS | X |
| 2 | APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN:<br>• DATADOC<br>• SIVIGILA<br>• SIVISALA<br>• MANGO<br>• PAI WEB<br>• DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA<br>• 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 |

Para constancia se firma en Soacha, a los 15 DE SEPTIEMBRE DE 2023



Yenifer Bello U.

Firma y huella

3134753950

Celular No.

Correo institucional

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO DE INHABILIDADES | | |
|---|---|---|---|
| | Proceso: Gestión del Talento Humano | CODIGO | TH_FTO_56 |
| | | VERSION | 00 |
| | | VIGENCIA | 04/05/2023 |

Soacha, _septiembre_15_ de 2023____.

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

Yo **__Yenifer Bello Utinico** ___con C.C.__**1073706757**_____ 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,

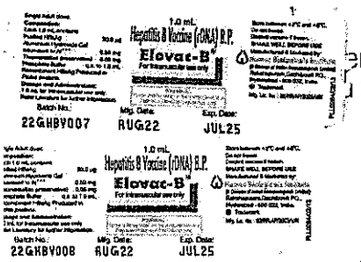
Yenifer Bello U.
C.C.1073706757

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL**
**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB**
**CARNET DE VACUNACIÓN**

Nombres y Apellidos: YENIFER BELLO UTINICO Documento: CC 1073706157 Fecha Nacimiento: 09/01/1996 Fecha Generación: 06/06/2023

| Edad | Me protege de | Dosis | Tipo Esquema | Fecha de Aplicación | | | Laboratorio | Número de lote | IPS Vacunadora | Fecha próxima cita | | | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Dia | Mes | Año | | | | Dia | Mes | Año | |
| Sin rango de edad | COVID PFIZER | Primera | PAI Adicional | 6 | 10 | 2021 | PFIZER | FH8021 | SOACHA ASISTIR SALUD LTDA | 27 | 10 | 2021 | ANGELICA MAYERLY GARAVITO MARTINEZ |
| Sin rango de edad | COVID PFIZER | Segunda | PAI Adicional | 6 | 12 | 2021 | PFIZER | FL3196 | SOACHA ASISTIR SALUD LTDA | | | | ANGELICA MAYERLY GARAVITO MARTINEZ |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | PAI Adicional | 9 | 7 | 2018 | | V50218006 | SOACHA ASISTIR SALUD LTDA | 9 | 7 | 2018 | Laura Marcela Jiménez Villalo |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Primera | PAI Adicional | 9 | 7 | 2018 | | D2299 | SOACHA ASISTIR SALUD LTDA | 9 | 7 | 2018 | Laura Marcela Jiménez Villalo |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Segunda | PAI Adicional | 9 | 8 | 2018 | | D2299 | SOACHA ASISTIR SALUD LTDA | 9 | 8 | 2018 | Laura Marcela Jiménez Villalo |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Tercera | PAI Adicional | 11 | 2 | 2019 | | 221501516A | SOACHA ASISTIR SALUD LTDA | 11 | 2 | 2020 | sonia lagos |
| Sin rango de edad | TdaP Acelular Gestantes | Anual | PAI Adicional | 15 | 9 | 2018 | | AC37B275AA | SOACHA ASISTIR SALUD LTDA | 1 | 1 | 1900 | Laura Marcela Jiménez Villalo |




...en Colombia.
... zonas de riesgo.

Consérvelo

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

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Yenifer

Apellidos: Bello Urrego

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1037061577

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 01 Año 1996

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Tdap acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 06 JUN 2023 | 22GHBV004 | Bayer |
| | 2 | 06 JUL 2023 | 22GHBV008 | Bayer |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ra | | | |
| | 2da | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2022-08-08

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | Marroquinera SAS/106/Gestion Humana | Actividad económica: | Comercio al por menor de prendas de vestir y sus accesorios (incluye artículos de piel) en establecimientos especializados |
| Nombre: | YENIFER BELLO UTINICO | Documento: | CC 1073706157 |
| Fecha de nacimiento: | 1996-01-09 | Lugar de nacimiento: | SOACHA (CUNDINAMARCA) |
| Edad: | 26 años | Género: | Femenino |
| Estado civil: | Union_libre | No. hijos vivos: | 2 |
| Dirección actual: | CRA 6 ESTE # 7 F 05 | Municipio: | SOACHA |
| Teléfono: | 3134753950 | Escolaridad: | Tecnologico_incompleto |
| Ocupación: | APRENDIZ | EPS: | Sura |
| Responsable**: | JOHANA VARELA (MADRE) | Teléfono: | 3183798553 |



Acompañante: El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.

*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

Trabajador indica estar vacunado con dos dosis para COVID 19 pero no aporta carnet

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

| | |
|---|---|
| Visiometría: | NO APLICA. |
| Optometría: | Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual gracias a la corrección que tiene |
| Audiometría: | NO APLICA. |
| Espirometría computarizada: | NO APLICA. |

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a YENIFER BELLO UTINICO con documento de identificación No. 1073706157 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de APRENDIZ del sector económico Comercio al por menor de prendas de vestir y sus accesorios (incluye artículos de piel) en establecimientos especializados

## CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda la actualización anual de la fórmula de corrección de los lentes en su entidad de salud.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES DECRETO 1374 DE 2020 POR COVID 19: Según lineamientos del Ministerio de Salud y de acuerdo a la valoración médica realizada el usuario NO PRESENTA comorbilidades o condiciones que le ponen en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnico del Decreto 1374 de 2020."

RESULTADO DE EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: El examen de Laboratorio Clínico realizado presenta el siguiente resultado: - Creatinina sérica: Resultado dentro de valores límites normales.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19 , Se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta una encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo

enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección y verificación de estado de la vacunación contra COVID 19. Cualquier hallazgo significativo encontrado se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:
- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 1 metro, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro con otras personas: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.



KAREN MAYERLY QUIROGA SORACA
Medico Cirujano
Univ. Pedagógica
Res. 1049627024
Esp. En Seguridad y Salud en el Trabajo
Univ. Pedagógica
Res. 0164 del 23/01/2018



Indice der

YENIFER BELLO UTINICO
Documento: 1073706157

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Avenida Calle 17 No 65B -80 LC 3 Bogota - Colombia PBX: (601) 745 79 98**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2023-06-06 Hora: 07:25

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

Clínica IPS Eugenio Díaz

## VISIOMETRÍA

Fecha examen: **13/06/2023**

Doc. Identidad **CC 1073706157** Nombre **YENIFER - BELLO UTINICO** Fecha Nacimiento. **09/01/1996**
Entidad **PARTICULAR** Edad **27 años** Ocupación
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa **CONVENIO PARTICULAR 001** Cargo **TRABAJO SOCIAL** Antiguedad del cargo **5 AÑO**
Fondo de Pensión EPS ARL

### ANAMNESIS

Último Examen Visual **2 MESES** Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente (X) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ? **NO REFIERE**
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ? **NO REFIERE , VACUNA COVID 1 DOSIS /2021**
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca (X) Disminución visual de lejos (X) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares **NO REFIERE, NO SINTOMAS COVID**

### AGUDEZA VISUAL

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

### QUERATOMETRIA

| | ESF | CIL | EJE | ADD |
|---|---|---|---|---|
| OD | -250 | -100 | 0° | - |
| OI | -300 | - | -° | - |

### EXAMEN EXTERNO

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

### MOTILIDAD OCULAR

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

### INTERPRETACION

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

### TEST DIAGNOSTICOS

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

### IMPRESION DIAGNOSTICA

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

### RECOMENDACIONES

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

### RETINOSCOPIA

fracción: ESF

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

Subjetivo: -- DP: -

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

### DIAGNOSTICOS (Codigo - Enfermedad)

H522 ASTIGMATISMO

### CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

**RECOMENDACIONES**

**OBSERVACIONES**
1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.
2. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS POR 5 A 10 MINUTOS
3. CONTROL ANUAL

UNIMINUTO

# Corporación Universitaria Minuto de Dios

## Yenifer Bello Utinico

CC No. 1.073.706.157

*Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución, la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de*

## Trabajadora Social

*en testimonio se firma y sella este diploma*

Consejo de Fundadores

Rector General

Rector Candelaria

Secretario General

SECRETARÍA GENERAL

República de Colombia

Documento protegido con Marca de Agua digital, sellado con Sticrellos

Folio 241 del Libro de Registro No. 008
Bogotá, 05 de mayo de 2014
No. 73023

Powered by CamScanner

UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios

## *ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 048*

*La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.*

*Certifica:*

*Que en el municipio de Soacha, departamento de Cundinamarca; el día cinco (05) de Mayo de dos mil dieciocho (2018), la* ***Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO****, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de* ***Trabajadora Social a Yenifer Bello Utinico*** *con cédula de ciudadanía No. 1.073.706.157 quien aprobó el trabajo de grado y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No 75673 que la acredita como tal, registrado en el Folio 294 del Libro No. 008 de Registro de Títulos expedidos por la* ***Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.***

***La Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO*** *está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES 11278 concedido por el Ministerio de Educación Nacional.*

*En constancia de lo anterior se firma en el municipio de Soacha, departamento de Cundinamarca; el día cinco (05) de Mayo de dos mil dieciocho (2018).*

*Jairo Enrique Cortés Barrera*
*Rector Cundinamarca*

*Linda Lucía Guarín Gutiérrez*
*Secretaria General*

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MD SECRETARÍA GENERAL UNIMINUTO

Documento protegido con Marca de Agua Digital, verifique con Serverdoc
Personería Jurídica otorgada por resolución No. [illegible] de [illegible] por el Ministerio de Educación Nacional

Powered by CamScanner

# Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto No. 2833 de 1981

REGISTRO PROFESIONAL

N° 1.073.706.157 de la trabajadora social



Nombre: Yenifer

Apellidos: Bello Utinico

Inscripción: 15 de mayo de 2018

Resolución: 0404 (31 may. 2018)

Código interno: 363681023

## Registro profesional

Este documento es personal e intransferible y da derecho a ejercer legalmente la profesión de Trabajo Social en Colombia.

Sede del Consejo:
CALLE 78 N° 12 A - 15 • PBX: 530 9690
BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

CONTAMATIC

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901544869-6*

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

# *Certifica*

# *Yenifer Bello Utinico*

## *CC 1073706157 de Soacha - Cundinamarca*

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.

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

Fecha de emisión: 2023-06-05
Fecha de vencimiento: 2025-06-05

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

# LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
# REGIÓN DE SALUD SOACHA

## CERTIFICA QUE:

*Yenifer Bello Utinico*

Realizó el curso de:

CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

**Con una Intensidad Horaria de 12 horas**

**SANDRA MILENA DUARTE CASTRO**
CAPACITADOR

**DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO**
GERENTE

Fecha de Emisión: junio 5, 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

# LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
# REGION DE SALUD SOACHA

## CERTIFICA QUE:

*Yenifer Bello Utinico*

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

**Con una intencidad de seis (6) horas.**

JORGE HERNANDEZ

CAPACITADOR

**DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO**

GERENTE

Fecha de Emisión: junio 5, 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

# LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
# REGION DE SALUD SOACHA

## CERTIFICA QUE:

*Yenifer Bello Utinico*

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

**DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO**
GERENTE

Fecha de Emisión: junio 5, 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

DIÓCESIS DE SOACHA

VICARIA EPISCOPAL PARA LA EVANGELIZACIÓN Y ATENCIÓN DE LO SOCIAL

**LOS SUSCTRIOS**
**VICARIO EPISCOPAL Y**
**SUBDIRECTOR DE PASTORAL SOCIAL**

Certifican Que:

La Señorita **YENIFER BELLO UTINICO**, identificado con la CC. 1073706157 de Bogotá, realizó su práctica profesional como Trabajadora Social, durante el segundo semestre del 2016 y el primero semestre del año 2017 en esta Pastoral; atendiendo actividades propias del área; en especial acompañamiento a personas mayores vulnerables de los diferentes sectores de la Diócesis; realización de visitas a organizaciones vinculadas al Banco de alimentos, al igual que acompaño el proceso formativa a familias del programa tejiendo comunidad.

La Señorita Yenifer demostró profesionalismo, compromiso y sensibilidad con su Trabajo Social y Pastoral; además demostró gran carisma por el trabajo con esta población.

La presente se expide en Soacha a solicitud del interesado a los quince (15) días del mes de octubre de 2021.

Unidos en JESUS y MARIA,

**Padre RICARDO MARTINEZ GONZALEZ. RAMIREZ**
Vicario Episcopal
Vicaria Episcopal para la Evangelización y
Atención de lo Social
Diócesis de Soacha

**Padre ROBIN ALEXANDER**

Subdirector
Pastoral Social
Diócesis de Soacha

Marroquinera®

NIT 860.066.471-1

# CONSTANCIA

**MARROQUINERA S.A.S. NIT. 860.066.471-1,** hace constar que el (la) señor (a) **YENIFER BELLO UTINICO**, identificado (a) con número de cedula 1.073.706.157, realizo sus prácticas en la compañía desde el 16 de Agosto de 2022 hasta el 24 de Febrero de 2023 en el cargo de Aprendiz de Gestión Humana, desempeñando las siguientes funciones:

- ✓ Garantizar la entrega de dotación al personal de acuerdo a las solicitudes generadas.
- ✓ Gestionar el proceso de bienestar enfocado en la celebración de cumpleaños a los trabajadores y apoyo en las demás actividades de bienestar que se desarrollen.
- ✓ Generar el inventario tanto físico como en el sistema de la dotación que se maneja para el personal.
- ✓ Apoyar el proceso de inducción y reinducción del personal.
- ✓ Generar la aplicación de encuestas al personal como actualización de datos, clima organizacional entre otras.
- ✓ Generar el registro de los trabajadores vinculados a los sistemas de ingreso de la compañía.
- ✓ Gestionar el proceso de solicitudes a gestión humana
- ✓ Apoyar el proceso de paz y salvo del personal que se desvincula de la empresa.
- ✓ Apoyar el proceso disciplinario en toma de firmas, informe de comunicados y citaciones.
- ✓ Apoyar el proceso de contratación en firma de documentos y generación de referencias.
- ✓ Gestionar la recepción de correspondencia que se recibe en el área de gestión humana.

Se expide la presente certificación a los 24 (veinticuatro) días del mes de Febrero de2023.

Atentamente,

**ANGELA ANDREA CASTAÑEDA**
Jefe de Gestión Humana

Carrera 68D # 13 – 54 Interior 7
Bogotá – Colombia
(+571) 294 8181
Fax (+571) 292 2116

El Arte de Vivir
El más valioso de los aprendizajes

# CERTIFICACIÓN

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE PROYECTOS**
**DE LA FUNDACION EL ARTE DE VIVIR**
CON Nit: 830.088.863 – 9

**CERTIFICA QUE:**

El señor **YENIFER BELLO UTINICO** identificado con cedula de ciudadanía No. C.C 1.073.706.157, prestó sus servicios como profesional de Gestión social para esta entidad, destacando su profesionalismo, calidad humana y responsabilidad:

| CARGO | TIEMPO | FUNCIONES |
|---|---|---|
| Promotor de Gestión Social | 1 de junio 2016 a 25 de abril 2017<br>11 meses | * Capacitación a agentes educativos en proyecto de convivencia para la promoción de derechos.<br>* Elaboración de informes<br>* Focalización de población<br>* Articulación con redes institucionales.<br>* Sistematización de procesos. |
| Profesional de apoyo Psicosocial | Septiembre 7 2019 a marzo 31 de 2020<br>6 meses | * Orientar proceso de atención psicosocial y prestar orientación para la atención en salud integral a población víctima de conflicto armado. |

Se expide a solicitud del interesado a los (10) días del mes de Abril de 2.020.

Atentamente,

**CLAUDIA GARZON BENAVIDES**
**C.C 52.426.489 de Bogotá.**

Carrera 55A No. 168A – 11 Of. 401 I 11 – Tel. (571) 6714413 fundartedevivir@gmail.com
Bogotá D.C - Colombia