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
		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 NUBIA FORERO MARTINEZ

CARGO: ASESOR

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 , 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, 20 de diciembre de 2023

Doctor
DIEGO ALEJNDRO GARCIA LONDOÑO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: NUBIA FORERO MARTINEZ

Cargo : ASESOR

Respetada Doctor Diego Alejando Garcia Londoño, 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,

NUBIA FORERO MARTINEZ
Nombre del Contratista
CC:39812611
Dirección: CLL 2 NO. 1-61 -Facatativa
Email: nubiaforero.martinez@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3103131762

NUBIA FORERO MARTINEZ
CONTADOR PÚBLICO
C.C. # 39.812.611 GUADUAS, CUNDINAMARCA
TARJETA PROFESIONAL No. 272.352-T
CALLE 2 No. 1 – 61 TORRE B6 APTO 504 – CONJUNTO PORTOFINO,
FACATATIVA
8902339 – 3103131762



ESTADO CIVIL	:	UNION LIBRE
PERSONAS A CARGO	:	2
EDAD	:	44 AÑOS
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	:	GUADUAS, CUND. 29 DE MARZO/1979
CORREO ELECTRONICO	:	nubiaforero.martinez@gmail.com

CONOCIMIENTOS

UNIVERSIDAD POLITECNICO GRANCOLOMBIANO
CONTADOR PUBLICO
2012
Profundización de técnicas contables con aplicación a la economía colombiana y proyección a la internacional.

MICROSOFT OEM
Instalación directa, por servidores, y utilización correcta de Windows 2000 Server, para sistemas de redes internas Lan.

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA
Actualización Tributaria 2007 con énfasis en empresas que manejan AIU; Preparación de declaración de Renta 2006; Medios Magnéticos 2007, Manejo prevalidador tributario 2007, Versión 1.

CONTADURIA GENERAL DE LA NACION
VIII Congreso de Contabilidad Publica con profundización de las NIIF en las entidades publicas a partir del Año 2015. (Medellín 2013)

IX Congreso de Contabilidad Publica: Avances en la modernización de la regulación contable pública en Colombia; Estrategias del gobierno nacional para que Colombia acceda a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). (Cartagena 2015).

X Congreso de Contabilidad Publica – Información Financiera Publica: Situación Actual y Perspectivas. (Bogotá 2017)

Diplomado en normas internacionales de información financiera para Empresas Sociales del Estado. Universidad Industrial de Santander (Bucaramanga, Abril 2015).

OTROS CONOCIMIENTOS

Manejo de paquetes contables HELISA D.OS. y HELISA GW, DHS TOTAL, WORLD OFFICE, software de aplicación Microsoft, paquete office Word, Excel, Access, Power point, Outlook, en sus versiones 2000/XP/2007/2013; Windows Xp, Vista, 10. Manejo de información con sistemas de seguridad y protección antihacker; Utilización de tecnologías de punta AMD, Intel e Intel Centrino.

Conocimiento y aplicación de Normas Internacionales de Información financiera NIIF y NIC, grupo 1 y 2, así como aplicación de la Resolución 414 de 2014 y sus modificatorios, con el cual se incorpora el Régimen de Contabilidad Pública.

Para Empresas Sociales del Estado, conocimiento en la parte administrativa de los Software's Citisalud, CNT, Dinamica Gerencial y Sihos Web, Worldoffice, SIIGO nube y Daytona.

EXPERIENCIA LABORAL

En entidades Oficiales:

En los años 2008 al 2013 entre al sector salud en la **E.S.E. Hospital San José de Guaduas**, Cundinamarca, manejando el proceso presupuestal, elaborando la presentación de informes a los entes de control y en la Secretaria de Salud de Cundinamarca. Desde Finales del 2012 a Mayo del 2013, fui el Director del proyecto del cambio de Software para la implementación administrativa y financiera del programa CNT.

Desde Junio del 2013 al 08 de Noviembre 2021 en la **E.S.E. Hospital San Rafael de Facatativa,** realizando el proceso contable y de manejo de información financiera y presupuestal; En el periodo 2017 a 2019 lidere el area de Activos Fijos, realizando los inventarios, reconocimiento y depreciación de los Bienes de la entidad, manejo de comodatos y donaciones. A la fecha ejerzo las funciones de dos (contador en segundo grado), realizando las conciliaciones de las diferentes áreas (cartera, facturación, Tesorería, Activos Fijos, Costos), con el área contable y depurando las partidas susceptibles de ajuste.

Desde Noviembre de 2021 al 01 de Abril en la **E.S.E Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha.** Realizando asesoría para el cierre de la vigencia fiscal 2021, realizando las conciliaciones de las diferentes áreas (Facturación, Costos, Cuentas por pagar, Presupuesto).

A partir de abril del 2022 al 20 de Octubre 2022, ejerzo como Contador de la ESE Región Salud de Soacha, liderando el proceso contable utilizando el software Dinámica Gerencial, realizando la presentación y sustentación de todo la información de carácter contable ante los entes de control, así como ante la Secretaria de Salud de Cundinamarca

Desde Octubre de 2022 a la Actualidad en la **E.S.E Hospital Hilario Lugo de Sasaima.** Realizando asesoría para Presupuesto y ejerzo como Contador de la ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima, liderando el proceso contable utilizando el software City Salud, realizando la presentación y sustentación de todo la información de carácter contable ante los entes de control, así como ante la Secretaria de Salud de Cundinamarca

Desde de Octubre del 2022 a la actualidad, ejerzo como Contador de la **ESE Hospital Centro de Salud San José de Nimaima**, liderando el proceso contable utilizando el software City Salud, realizando la presentación y sustentación de todo la información de carácter contable ante los entes de control, así como ante la Secretaria de Salud de Cundinamarca

En entidades Privadas

Desde Enero de 2013 hasta la Fecha me he desempeñado realizando asesorías y acompañamientos a empresas pequeñas del sector Privado beneficiarias de la ley 1429 de 2010, y dando apoyo tributario a las mismas, estas son:

NJ Telecomunicaciones S.A.S
Estructuras y Detalles S.A.S

En Propiedad Horizontal:

Desde el año 2020 al 31 de Julio 2023, como Contador del Conjunto Residencial Portofino, en el Municipio de Facatativá, Cundinamarca, realizando Asesoría Contable y acompañamiento para el Saneamiento de Cartera; Elaboración de documentos para la Presentación de Impuestos tanto Nacionales como Municipales, depuración de información contable, manejo de Presupuesto y presentación de informes financieros tanto al consejo de Administración como a la Asamblea de Copropietarios.

Desde septiembre de 2021 a Abril de 2022, me he desempeñado como Contador del Conjunto Residencial de vivienda Ecohaus, en el Municipio de Chía, Cundinamarca, realizando Asesoría Contable y acompañamiento para el Saneamiento de Cartera; Elaboración de documentos para la Presentación de Impuestos tanto Nacionales como Municipales, depuración de información contable, manejo de Presupuesto y presentación de informes financieros tanto al consejo de Administración como a la Asamblea de Copropietarios.

Referencias Personales:

Lorena del Rosario Sánchez Castro
Profesional en Salud Ocupacional
3112016941

NUBIA FORERO MARTINEZ
Contador Público

Pedro Aníbal Montes Jiménez
Revisor Fiscal
3107672100

Misael Antonio Gil
Contador Publico Especialista en Calidad y Gerencia Hospitalaria
3103428316

NUBIA FORERO MARTINEZ
C.C. 39.812.611 Guaduas, Cund.
T.P 272.352-T



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.812.611**

FORERO MARTINEZ

APELLIDOS

NUBIA

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAR-1979**

GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

08-MAY-1997 GUADUAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1511500-00214846-F-0039812611-20100215 **0020**910005A 1 28585880

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 238603472

PIB
09:54:52

Bogotá DC, 11 de enero del 2024

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) NUBIA FORERO MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39812611:

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

6

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 jueves 11 de enero de 2024, a las 09:58:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	39812611
Código de Verificación	398126112401111095857

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 10:00:07 AM horas del 11/01/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **39812611**
Apellidos y Nombres: **FORERO MARTINEZ NUBIA**

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

8

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, 11/01/2024 10:02:55 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **39812611** y Nombre: **NUBIA FORERO MARTINEZ.**

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. **81929858** . 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 14833361947

(415)7707212489984(8020) 000001483336194 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 8 1 2 6 1 1	7	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	3 9 8 1 2 6 1 1	1 9 9 7 0 5 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Guaduas 3 2 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FORERO	MARTINEZ	NUBIA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Facatativá 2 6 9

41. Dirección principal: CL 15 16 15 TO 5 AP 1001

42. Correo electrónico: nubiaforero.martinez@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 2 0	2 0 1 3 0 3 2 7							

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 2	2	4	9																						

2 - Obligado a cumplir deberes formales a

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 - 06 - 14 / 21 : 03: 43

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 FORERO MARTINEZ NUBIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

10

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14833361947

(415)7707212489984(8020) 000001483336194 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 8 1 2 6 1 1	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de telecomunicaciones alámbricas 6 1 1 0	

162. Nombre del establecimiento: NUBIMAR COMUNICACIONES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Cundinamarca 2 5	Guaduas 3 2 0	

165. Dirección: CL 4 7 07

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
2 9 4 3 5	2 0 0 3 0 2 1 1	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
8 1 6 0 9 2	2 0 0 9 1 0 0 1	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hospital María Gaitán Yanguas de Soacha	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH-FTO-45
		Version	1
		Vigencia	6/06/2022

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

FECHA:	2023-12-01	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 el Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha - ESE Región de Salud Soacha, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion 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
FORERO	MARTINEZ	NUBIA	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C	NUIP	39.812.611	GUADUAS	1997-05-08
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)	2	2	3103131762

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 10 No. 11 A 18 TORRE 15 APTO 658	MOSQUERA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	8926207

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
nubiaforero.martinez@gmail.com		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADO

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PEDRAZA		JORGE	ENRIQUE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	18.009.298	SAN ANDRES ISLAS		
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI N X	NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI X	IVA	SI	NO X		6920	
	NO	ICA	SI	NO X		PRINCIPAL:	SECUNDARIA:

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	NO X	Empresa Social Del Estado Región de salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT	
	GOBIERNO		SERVICIOS		SALUD X				800006850-3

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL:

Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH-FTO-45
		Version	1
		Vigencia	6/06/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 No. 9 - 97	7815748	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	APOYO PROFESIONAL CONTABLE A GERENCIA	FECHA VINCULACION	

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		GASTOS FAMILIARES	1.600.000	AHORROS	$ 5.600.000	SALDO HIPOTECA	$ 40.000.000
HONORARIOS	$4.120.000	ARRIENDOS		INVERSIONES	$ 6.800.000	TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 180.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 6.500.000
TOTAL INGRESOS	$ 4.120.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.600.000	TOTAL ACTIVOS	$ 192.400.000	TOTAL PASIVOS	$ 46.500.000

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SANCHEZ	CASTRO	LORENA	DEL PILAR

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/ O EXTENSION/CELULAR
CALLE 56B No. 17 - 71 TORRE 7 APTO 1303 CONJUNTO AMARANTO	NEIVA/HUILA/COLOMBIA	AMIGA	3112016941

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA SAS	CUENTA DE AHORROS	478405299451	FACATATIVA	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA 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 al **Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

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

APOYO PROFESIONAL CONTABLE A GERENCIA

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 efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del **Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha** se 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 Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha** a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con **el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha** en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al **Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por el **Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha**

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

Hospital María Gaitán Yanguas	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH-FTO-45
		Version	1
		Vigencia	6/06/2022

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 estandares 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 el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, con Nit 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

B. Que la ESE 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio 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 ESE 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, terminacion y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadisticos.

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo 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: 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 el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha - ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) El Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha - ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

E.P.S.Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Nubia Forero Martinez** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **39812611,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 39812611
NOMBRES Y APELLIDOS	Nubia Forero Martinez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	29/03/1979
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	23/04/2008
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	210 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/08/2016
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 39812611 NUBIA FORERO MARTINEZ Desde 01/12/2021 - Vigente

Generado por Interfaces 11/01/2024

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

13

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:

NUBIA FORERO MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.812.611**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

14

FORMATO ÚNICO

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
Forero	Martinez	Nubia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39812611 — 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 29 MES 03 AÑO 1979

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: GUADUAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 10 SUR 11 18 PARQUE RESIDENCIAL PUERTA DEL SOL

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: MOSQUERA

TELÉFONO: 8926207 EMAIL: nubiaforero.martinez@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	2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	5	X		CONTADURIA PUBLICA	12	2019	272352-t

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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* GUADUAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8466366	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	03	*Año* 2008	*Día*	03	*Mes*	06	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 4A 12 41						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESTRUCTURAS Y DETALLES S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3142028231	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2013	*Día*	10	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 107B 72 54 Bogota						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FACATATIVÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8901915	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	06	*Año* 2013	*Día*	08	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 2N 1 80						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONJUNTO RESIDENCIAL PORTOFINO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FACATATIVÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212446042	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2020	*Día*	10	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 2N 1 61						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7309230	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	11	*Año* 2021	*Día*	23	*Mes*	10	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA CONTABILIDAD Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE null 13 9 85						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SASAIMA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3208267895	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	10	*Año* 2022	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION / CONTADOR					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 8A 75						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	14	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	15	6

FORMATO ÚNICO

14

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Soacha, 20 de diciembre de 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

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 Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Nubia Forero Martinez

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 39812611 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: MOSQUERA

DIRECCIÓN: CALLE 10 SUR 11 18 PARQUE RESIDENCIAL PUERTA DEL SOL TELÉFONO: 3103131762

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ISABELLA PRECIADO FORERO	1072747144	HIJO(A)
ANDRES FELIPE MONCADA FORERO	1193465607	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR 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
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$39,648,000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$61,740,000
TOTAL	$101,388,000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	488405299451	DAVIVIENDA	16,438,526

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLES	01000000002209029000000244	128,054,000
INMUEBLES	Apto mosquera	437,000,000

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
COOPHEMOS	miembro de la junta

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.

15

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	Soacha, 20 de diciembre de 2023 CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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, 20 de Diciembre de 2023

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo, NUBIA FORERO MARTINEZ identificado(a) con cedula No. 39.812.611 de Guaduas, interesado(a) en la oferta deprestación de servicios de: ASESOR, 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,

_____

NUBIA FORERO MARTINEZ
C.C. 39.812.611

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, 20 **de** DICIEMBRE **de 2023**

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

Yo, NUBIA FORERO MARTINEZ, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 39.812.611 de Guaduas, 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 (gerentey 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 derivende mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

C.C. No. 39.812.611 de Guaduas

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

ARL: SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: NUBIA FORERO MARTINEZ

N° Documento: 39.812.611

Fecha de Nacimiento: 29/03/1979

Dirección: CALLE 2 NO. 1-61 FACATATIVA

Teléfono. Fijo – Celular: 3103131762

E-mail: nubiaforero.martinez @gamil.com

EPS: SANITAS

AFP: PORVENIR

Firma Contratista:

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.

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

19

Soacha 20/12/2023

Señores:

POLITECNICO GRAN COLOMBIANO

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

CONTADOR PUBLICO

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

N° Documento 39.812.611

Tarjeta Profesional N° 272352-T

Dirección de contacto CALLE 2 NO. 1-61 FACATATIVA

Teléfono: 3103131762

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

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

Yo, NUBIA FORERO MARTINEZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 39.812.611, expedida en GUADUAS, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

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

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 20 Diciembre 2023



Firma y huella

3103131762

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, 20 diciembre de 2023.

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

Yo NUBIA FORERO MARTINEZ con C.C. 39.812.611 expedida en Guaduas, 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,

C.C. 39.812.611 Guaduas

23

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

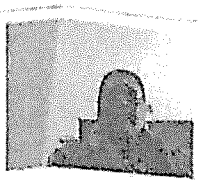
Nombres: Nubia
Apellidos: Toro Martinez
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte CE otro cual
No 39812611
Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 03 Año 1979

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	27-03 2021	PFIZER	ER1742	H.S.R.F.	Pilar Ramirez	35521393
	2	17-04 2021	UNICA	DOSIS	(Paciente covid reciente)		
		15-10 2021	PFIZER	FH8024	HSRF	Leidy Alejandra Quintero Betancourth Aux de Enfermeria C.C. 1070961896	

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-6

SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral: INGRESO - ADMINISTRATIVOS



Fecha: 13 Abr 2022 **Hora:** 08:14:43 a.m.
Apellido: FORERO MARTINEZ **Nombre** NUBIA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad.** 39812611
Empresa: Particular
Cargo: CONTADOR
Direccion: CALLE 2 N 1-61 TORRE B6 - 501
Telefono: **Celular:** 3103111762 **Email.** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Cundinamarca - Facatativa

HC
Edad:
Sexo: Femenino
Nacim
Rh: O+

Examenes Realizados
Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto
Apto con recomendaciones

Recomendaciones
Uso adecuado de EPP
Emplear Pausas Activas
Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo
Otras. *MANTENER MEDIDAS PARA PREVENIR CONTAGIO DE COVID 19 DURANTE LA JORNADA LABORAL Y MEDIOS DE TRANSPORTE
*ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA. MANTENER CUIDADOS Y DESINFECCIÓN EN CASA
* USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO
* DIETA BALANCEADA: BAJA EN CALORIAS, GRASAS Y HARINAS. EJERCICIO CARDIOVASCULAR 45 MINUTOS MINIMO 3 VECES POR SEMANAS
* MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLES
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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

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

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

NUBIA FORERO MARTINEZ
CC 39812611

Huella Digital

Verificar la autenticidad del certificado en https://www.servirips.com/

Verificar la autenticidad del certificado en https://www.servirips.com/

POLI

POLITÉCNICO
GRANCOLOMBIANO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

Personería Jurídica: Resolución 19349 del 4 de Noviembre de 1980,
Ministerio de Educación Nacional, Reforma Estatutaria 8963 del 11 de Septiembre de 1991

En atención a que:

Nubia Forero Martinez

CC. No. 39812611 Expedida en Guaduas

Ha cursado todos los estudios y cumplido los requisitos establecidos por la Institución y las disposiciones legales, le otorga el título de

Contador Público

y le expide el presente diploma que acredita su idoneidad, en testimonio de lo cual se firma y sella.

Bogotá D.C., marzo 27 de 2020

EL DECANO

EL RECTOR

EL SECRETARIO GENERAL

Registrado Libro Núm.10 Folio Núm. 27, reg. Interno: 82611, Diploma: 75113

Este Diploma se registró en la Institución con base en las disposiciones legales, especialmente el Decreto No. 2150 del 5 de diciembre de 1995

Registrado en el Folio Núm. 133 del Libro Núm. 14

POLITÉCNICO
GRANCOLOMBIANO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

Personería Jurídica: Resolución 19349 del 4 de Noviembre de 1980.
Ministerio de Educación Nacional, Reforma Estatutaria 8963 del 11 de Septiembre de 1991

ACTA DE GRADO Núm. 445

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el día 27 de marzo de 2020, bajo la presidencia del Doctor, **LEONARDO GIL QUIÑONEZ**, Rector, se llevó a cabo el acto de graduación, con el objeto de otorgar el título de **Contador Público**, programa que fue aprobado por medio de la Resolución Número 4428 del 8 de abril de 2015 del Ministerio de Educación Nacional, a **FORERO MARTINEZ NUBIA**, identificado(a) con la C.C. No 39812611 de Guaduas, quien cumplió con todos los requisitos académicos exigidos para obtener dicho título. Se le tomó el juramento de graduación y recibió el diploma Núm. 75113, registrado en el folio 133 del libro Núm. 14 de actas de grado.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado en la ciudad de Bogotá D.C. el día 27 de marzo de 2020.

EL RECTOR
LEONARDO GIL QUIÑONEZ

SECRETARIO
BILLY ESCOBAR PÉREZ

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

272352-T



NUBIA
FORERO MARTINEZ
C.C. 39812611
RES. INSCRIPCION 1041 DEL 10/07/2020
POLITECNICO GRANCOLOMBIANO

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

202995 306171

160942/0119

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

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

CERTIFICA QUE:

Nubia Forero Martinez

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,91

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: abril 13, 2022

CUNDINAMARCA
Otro Progreso!
EN COMUNICACIÓN

Gobernación de Cundinamarca

CERT- 490-2023

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA

Que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS de SOACHA, cambio de razón social a apartir del primero (01) de junio de 2022 a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la institución manteniendo la misma persona jurídica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado
Que una vez revisada la base de datos que se encuentra en la oficina de Contratacion, archivos de Gestión y archivo central de la institucion se constata que la señor (a), NUBIA FORERO MARTINEZ, identificado (a) con cédula de ciudadania N°. 39 812 611, suscribio los siguientes contratos de prestación de servicios con La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

N° CONTRATO	OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
1238-2021	PRESTACION DE SERVICIOS COMO APOYO PROFESIONAL CONTABLE PARA LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	$ 3.153 333 00	16/11/2021 HASTA 31/12/2021
506-2022	PRESTACION DE SERVICIOS COMO APOYO PROFESIONAL CONTABLE PARA LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	$2 200 000 00	20/01/2022 HASTA 19/02/2022
577-2022	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE CONTADURIA EN EL AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA A LAS DIFERENTES AREAS DEPENDIENTES DE LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA,DE CONFORMIDAD CON LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	$2 200 000 00	09/03/2022 HASTA 31/03/2022
623-2022	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION ADMINISTRATIVA EN EL ÁREA FINANCIERA COMO CONTADOR DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA E S E HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.	$12 360 000 00	01/04/2022 HASTA 30/06/2022
776-2022	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION ADMINISTRATIVA EN EL ÁREA FINANCIERA COMO CONTADOR DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA E S E HOSPITAL MARIO YANGUAS DE SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL	$20 600 000 00	07/07/2022 HASTA 30/11/2022

Se expide a solicitud de la interesada, a los Veinticinco (25) dias del mes de octubre de 2023

Dr. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
Sub Gerente Administrativo y financiero.

Proyecto: Leticia vanegas – apoyo
Reviso: Yaasmin Rafael Deluque Toro – Referente de Contratacion y Apoyo a la oficina Asesora Jurídica

REGIÓN DE SALUD
SOACHA

FECHA ENTREGA: Después de los Ocho (8) días hábiles contados a partir de la radicación, los cuales se cumplen el

FECHA DE RADICACIÓN :

NOMBRE Y APELLIDO: NUBIA FORERO MARTINEZ
NUMERO DE DOCUMENTO: CC 39812611
CORREO ELECTRONICO: nubiaforero.martinez@gmail.com
NUMERO DE TELÉFONO : 310 3131962

		FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	EN EJECUCIÓN
NÚMERO Y AÑO CONTRATO:				
NÚMERO Y AÑO CONTRATO:		FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	EN EJECUCIÓN
NUMERO Y AÑO CONTRATO:		FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	EN EJECUCIÓN
NÚMERO Y AÑO CONTRATO:		FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	EN EJECUCIÓN

INDICAR SI LA CERTIFICACIÓN SE REQUIERE CON OBLIGACIONES ESPECIFICAS
SI NO:

OBSERVACIONES : En caso de requerir más periodos y/o más contratos, favor indicar a partir de que año ejemplo: certificar contratos a partir del 2014 a la fecha, en el siguiente espacio:
TODOS LOS CONTRATOS DE INICIO HASTA TERMINACION.

CC 39812611
FIRMA Y No. CEDULA SOLICITANTE

NOTA IMPORTANTE : FAVOR DILIGENCIAR ESTE FORMATO DE FORMA CLARA, LEGIBLE Y COMPLETA, CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LA SOLICITUD .