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: SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS

CARGO: JEFE DE ENFERMERIA

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				

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSION	02
		VIGENCIA	04/05/2023

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, 19 de Diciembre de 2023

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: **SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS**

Cargo: **Enfermero**

Respetado Doctor Diego Alejandro García 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,

Samuel VEGA A.

Nombre del Contratista: SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS
CC: 79.386.766
Dirección: Kr 2 Bis Este # 22 D 16 Sur
Email: s.a.dyveto@hotmail.com
Teléfono/ Celular: 310 335 47 83

SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS

Email: s.a.dyveto@hotmail.com
Tel: 310 3354783



PERFIL PROFESIONAL

Profesional en enfermería con proyección gerencial en el desarrollo de programas de salud con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención integral al individuo, familia y comunidad en los diferentes ciclos vitales del ser humano. Excelentes conocimientos en asistencia hospitalaria y ambulatoria a pacientes con tratamientos dialíticos y tratamientos urológicos agudos y crónicos. Desarrollo interdisciplinario en programas de investigación y de seguimiento epidemiológico para mejorar la calidad de vida de los pacientes renales y productividad social. Persona con alta capacidad de liderazgo, respeto a la dignidad humana, que fortalece su labor gracias a las habilidades del trabajo en equipo, orientado a resultados óptimos y participativos mediante la toma de decisiones que generan productos de calidad.

ESTUDIOS REALIZADOS

2001. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
Enfermero
Bogotá DC

2005. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIA DE LA SALUD
Enfermero Especialista en Nefrología Y Urología
Bogotá DC

EXPERIENCIA LABORAL

2021- AGOSTO- OCTUBRE 2021 SECRETARIA DE SALUD SUBRED SUR.
Cargo desempeñado: Enfermero jefe.
Jefe inmediato: CARLOS ANDRES MOJICA cel: 321431 4996.
Funciones: Toma de muestras covid 19 a la ciudadanía en un punto determinado del sur de la capital.

2020- AGOSTO- OCTUBRE 2021 SECRETARIA DE SALUD SUBRED NORTE
Cargo Desempeñado: Enfermero Jefe
Jefe inmediato: Dra Grajales Cel: 3125212899
Funciones: Toma de muestras a cadáveres que se sospecha la muerte por covid 19 y a sus familiares del occiso que presentaran síntomas de covid 19. Enfermero

de Unidad de Cuidados intensivos, manejo del paciente en estado crítico, Manejo de Terapias de Reemplazo Renal lentas y continuas Uso y manejo de DIAPAC Tecnología B-Braun en pacientes con alteraciones renales. Administración de medicamentos, Revisión de Kardex de Enfermería, Cumplimiento de Ordenes medicas

2020 MAYO – JULIO 2020 HEALT LIFE
Cargo Desempeñado: Coordinador de Enfermería Unidad Renal.
Jefe Inmediato: José Alejandro Aponte. Cel: 316 - 5781627.
Funciones: Brindar cuidado de Enfermería al paciente con alteración renal aguda y crónica en sala de hemodiálisis, Hospitalización cumpliendo con los protocolos establecidos por la compañía. Vigilancia hemodinámica del paciente que recibe terapia dialítica en sala de hemodiálisis. Realización de procedimientos mínimos que incluyen conexión y desconexión del acceso vascular catéter permanente para la realización de la terapia dialítica.

2013 - Diciembre 2019 DAVITA SAS
Cargo Desempeñado: Enfermero Jefe Extramural
Jefe Inmediato: Andrey Escobar **Teléfono:** 3162837974
Funciones: Brindar cuidado de Enfermería al paciente con alteración renal aguda y crónica en sala de hemodiálisis, Unidad de Cuidados Intensivos y Hospitalización cumpliendo con los protocolos establecidos por la compañía. Vigilancia hemodinámica del paciente que recibe terapia dialítica en sala de hemodiálisis. Realización de procedimientos mínimos que incluyen conexión y desconexión del acceso vascular catéter permanente para la realización de la terapia dialítica. Plasmaféresis al paciente con patología inmunológicas. Procedimientos básicos del que hacer de enfermería.

2006 – 2013 FUNDACION ESENSA
Cargo Desempeñado: Enfermero Jefe Sala de Hemodiálisis
Jefe Inmediato: Lía Vega
Funciones: Brindar cuidado de Enfermería al paciente con alteración renal aguda y crónica en sala de hemodiálisis, Unidad de Cuidados Intensivos y Hospitalización cumpliendo con los protocolos establecidos por la compañía. Administración de Medicamentos en sala de hemodiálisis bajo el cumplimiento estricto del protocolo. Seguridad del Paciente bajo el cumplimiento de la política de diálisis segura de la compañía
Teléfono: 3107859743

2003 ESCUELA DE ENFERMERIA SAN PEDRO CLAVER
Cargo Desempeñado: Docente de Prácticas para Auxiliares de Enfermería
Funciones: Acompañamiento teórico practico de los estudiantes del programa de Auxiliares de Enfermería bajo la modalidad asistencial al centro hospitalario, reforzando sus conocimientos básicos del que hacer de enfermería

2001 – 2005 CLINICA SAN PEDRO CLAVER (MEDERI)
Cargo Desempeñado: Enfermero Jefe servicios Hospitalarios Medicina Interna – Urgencias – Unidad Renal

Jefe Inmediato: Edgar Pérez
Funciones: Brindar cuidado de enfermería al paciente en situaciones de urgencias que comprometen la vida del paciente y en sus diferentes fases, Brindar cuidado de enfermeria en los servicios de Hospitalización y Medicina Interna bajo el cumplimiento de la política corporativa y su planeación estratégica.

REFERENCIAS PERSONALES

MOISES ARANGO LUNA – Ingenmiero de Sistemas – Subred Sur – Cel 3158307294

HERNAN ANDREWS – Medico General- Virrey Solis UAB Fontibón.
Tel: 3506571898

REFERENCIA LABORAL

José Alejandro Aponte González –Coordinador de Enfermeria Health & Life
Tel: 3165781627

CARLOS ANDRES MOJICA – Coordinador Subred Sur (Usme) Cel :321 4314996

Samuel Vega Andrews

Samuel Enrique Vega Andrews
CC 79386766
Enfermero Profesional F.U.A.A
Especialista en Enfermería Nefrológica y Urológica F.U.C.S

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79.386.766

APELLIDOS
VEGA ANDREWS

NOMBRES
SAMUEL ENRIQUE





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1966
ARACATACA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.81	O+	M
ESTATURA	G S RH	SEXO

17-AGO-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500114-42120603-M-0079386766-20040721 0685401203A 02 152809134

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 237189193

PIB
09:37:30

Bogotá DC, 19 de diciembre 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) SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79386766:

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 garantia. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 13 de diciembre de 2023, a las 14:28:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79386766
Código de Verificación	79386766231213142859

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:36:32 PM horas del 13/12/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79386766**

Apellidos y Nombres: **VEGA ANDREWS SAMUEL ENRIQUE**

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.

Volver al Inicio

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

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Portal Único de Contratación GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/12/2023 09:43:38 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **79386766 .**

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. **80489671** . 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

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS** identificado con la cédula de ciudadanía número 79.386.766, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, al veinticuatro (24) días del mes de enero del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14968303820

(415)7707212489984(8020) 000001496830382 0

5. Número de identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 3 8 6 7 6 6	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	79386766	1 9 8 4 0 8 1 7

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VEGA	ANDREWS	SAMUEL	ENRIQUE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 2 BIS ESTE 22 D 16 SUR

42. Correo electrónico: s.a.dyveto@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 1	3 1 0 3 3 5 4 7 8 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 1 0 5 0 1	8 6 9 9	2 0 0 8 1 2 0 2				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios 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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 12 - 19 / 12 : 01: 48

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VEGA ANDREWS SAMUEL ENRIQUE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 19-12-2023 12:02:47PM

DOCUMENTO GENERADO EN SISTEMA

REGION 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:	2023-12-19	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:	ENFERMERO

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VEGA	ANDREWS	SAMUEL	ENRIQUE

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	79386766	BOGOTA/CUNDINAMARCA	1984-08-17
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1966-01-01	ARACATACA/MAGDALENA	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	3103354783

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 2 BIS ESTE # 22 D - 16 S	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3103354783

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A	N/A	N/A	N/A

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Calle 13 No. 10 - 60	730 92 30	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	ENFERMERO		**FECHA VINCULACION**	01/01/2024

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 2.500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	$ 700.000	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 6.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	$ 500.000	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 1.200.000**	TOTAL EGRESOS	**$ 2.500.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 6.000.000**	TOTAL PASIVOS	**$ 500.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
CUOTA ALIMENTACION	GASTOS DE SUSTENTACION	BIENES	SUSTENTACION ALIMENTICIA

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
REYES		EVANGELINA	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Dg 46 # 13J -17 sur	BOGOTA	AMIGA	322 3089229

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO	570450170017674		

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:

IMPORTACIO ☐ EXPORTACIO ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: N/A

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

ENFERMERO

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 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, exonerando 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

REGION DE SALUD SOACHA	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 segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, 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 terminos 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 juridica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboración de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Juridica 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, Telefono (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

Samuel Vera A.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS identificado(a) con Cedula Ciudadania 79386766, se encuentra en Mora en Aportes en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220901	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 dias del mes de Diciembre de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
PERSONAL

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: KELLY JOHANNA RICO
23697183

CER-AFI

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS identificado(a) con C.C No. 79.386.766 se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias desde el día 01 de enero de 2015 y sus recursos están distribuidos como se detalla a continuación: El 20% en el FONDO CONSERVADOR desde el día 20 de febrero de 2023, y el 80% de sus aportes en el FONDO MODERADO desde el día 20 de febrero de 2023 .

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 20 de diciembre de 2023.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción Contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 748 4888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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
Vega	Andrews	Samuel Enrique

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 79386766	F ( ) M (X)	COL. ( ) EXTRANJERO ( )	

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 01 MES 01 AÑO 1966	CARRERA 2 BIS ESTE 22D 16 SUR
PAÍS	PAÍS DEPTO
DEPTO	MUNICIPIO
MUNICIPIO	TELÉFONO EMAIL s.a.dyveto@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	8	X		ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA NEFROLOGICA Y UROLOGICA	12	2005	
PREGRADO	10	X		ENFERMERIA	06	2001	79386766

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 CENTRO DE CUIDADO RENAL DAVITA SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3107803860	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2013	*Día*	09	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO JEFE DE SALA	*DEPENDENCIA* ADMI-ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 45 108 27					

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento BOGOTA 21-12-2023

Samuel Vega Andrews

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Samuel Enrique Vega Andrews

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 79386766 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

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

DIRECCIÓN: CARRERA 2 BIS ESTE 22D 16 SUR TELÉFONO: 3103354783

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SAMUEL ESTEBAN VEGA ALDANA	1018483502	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
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$27.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$27.000.000

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	0570450170017674	PABLO VI	100.000

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
COOMEVA	CREDITO	2.000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
NA	COLABORADOR

3. FIRMA

Samuel Vega Andrews
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota 21-12-2023
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 OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 19 de Diciembre de 2023

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo **SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS**, identificado(a) con cedula No. **79.386.766 de Bogotá** interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: ENFERMERO, 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,

Samuel VEGA A.

SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS
C.C. 79.386.766 de Bogotá

Soacha, 19 de Diciembre de 2023

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

Yo **SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS** identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. **79.386.766**, por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,

Samuel VEGA A.

C.C. No. 79.386.766

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 – 22 de Diciembre 2023

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS

Nº Documento: 79386766

Fecha de Nacimiento: 01/01/1966

Teléfono. Fijo – Celular: 3 1 0 3 3 5 4 7 8 3

E-mail:

EPS: COMPENSAR

AFP: SURA

Firma Contratista: Samuel Vega Andrews

.....

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.

Medellín, 25 de january de 2024

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

CERTIFICA:

Que SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS identificado(a) con cédula de ciudadanía 79386766 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 26/01/2024 **Fecha fin cobertura:** 30/09/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

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

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

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

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

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

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

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

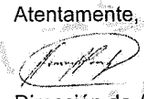
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

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

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 25/01/2024 9.00 AM

Dirección IP: 201.221.167.74, 192.230.104.4, 172.16.42.57

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

Soacha 22 de Diciembre de 2023

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

Cordialmente;

Firma Samuel Vega Andrews

N° Documento 79386766

Tarjeta Profesional N 79386766

Dirección de contacto

Teléfono 3103354783

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

Yo, SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS, identificado (a) con cédula de ciudadanía número79.386.766, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

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

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN 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 19 días del mes de Diciembre del 2023

Samuel VEGA A.



Firma y huella

310 335 47 83

Celular No.

s.a.dyveto@hotmail.com

Correo institucional

Soacha, 19 de Diciembre de 2023.

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

Yo SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS con C.C. 79.386.766 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,

Samuel VEGA A.

C.C. 79.386.766

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101024469	0

TOMADOR **SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS** CC **79.386.766**

DIRECCION **CR 2 BIS ESTE NRO. 22 D - 16 SUR** CIUDAD **BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT** TELEFONO **3103354783**

ASEGURADO **SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS** CC **79.386.766**

DIRECCION **CR 2 BIS ESTE NRO. 22 D - 16 SUR** CIUDAD **BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELEFONO **3103354783**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
27 / 12 / 2023	26 / 12 / 2023	26 / 12 / 2024	26 / 12 / 2023	26 / 12 / 2024

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
DE LIMA GRUPO EMPRESARIAL LTDA	93093	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 100,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	**$ 100,000,000.00**		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			**$ 20,000,000.00**

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********107,475.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********20,420.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********127,895.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415) 7709998021167 (8020) 11005134414075 (3900) 000000127895 (96) 20240209

REFERENCIA PAGO:
1100513441407-5

21-03-101024469

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

OLGAPSANCHEZ

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Samuel Enrique

Apellidos: Vega Andrade

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ DNI ☐ Otro ☐ Cuál

No. 79386466

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 01 Año 1966

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	7/04/21	Pfizer	EP7242	Calle 80	Angelo Diaz	1033754233
	2	02 DIC 2021	Moderna	[illegible]	PROYECTAR SALUD S.A.S. SUBRED SUR	[illegible] 1233510220	

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Vacunación

Cod. del Prestador 110010012802

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 3150

NOMBRE: [illegible]

IDENTIFICACIÓN: [illegible] SEXO: [illegible]

FECHA DE NACIMIENTO: [illegible] TEL: [illegible]

Cra. 21No. 22-40 Piso 2 Consultorio 205 B. Olaya

661 2676 322 721 7501

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	28-11-2017	[illegible]	
	2	25-01-2018	[illegible]	[illegible]
	3	20 ENE 2020	[illegible]	E.O.R. VACUNACION
	R	20-Feb-2020	Refuerzo	[illegible]
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	2	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	3	20 ENE 2020	[illegible]	E.O.R. VACUNACION
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	28-11-2014	[illegible]	
	2	25-04-2015	[illegible]	[illegible]
	3	20 ENE 2020	[illegible]	E.O.R. VACUNACION
	R	20-feb-2020	Prox dosis	
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1			
	2			
	3	20 ENE 2020	[illegible]	E.O.R. VACUNACION
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁBICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Vacunación

Cod. del Prestador 110010012802

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 3150

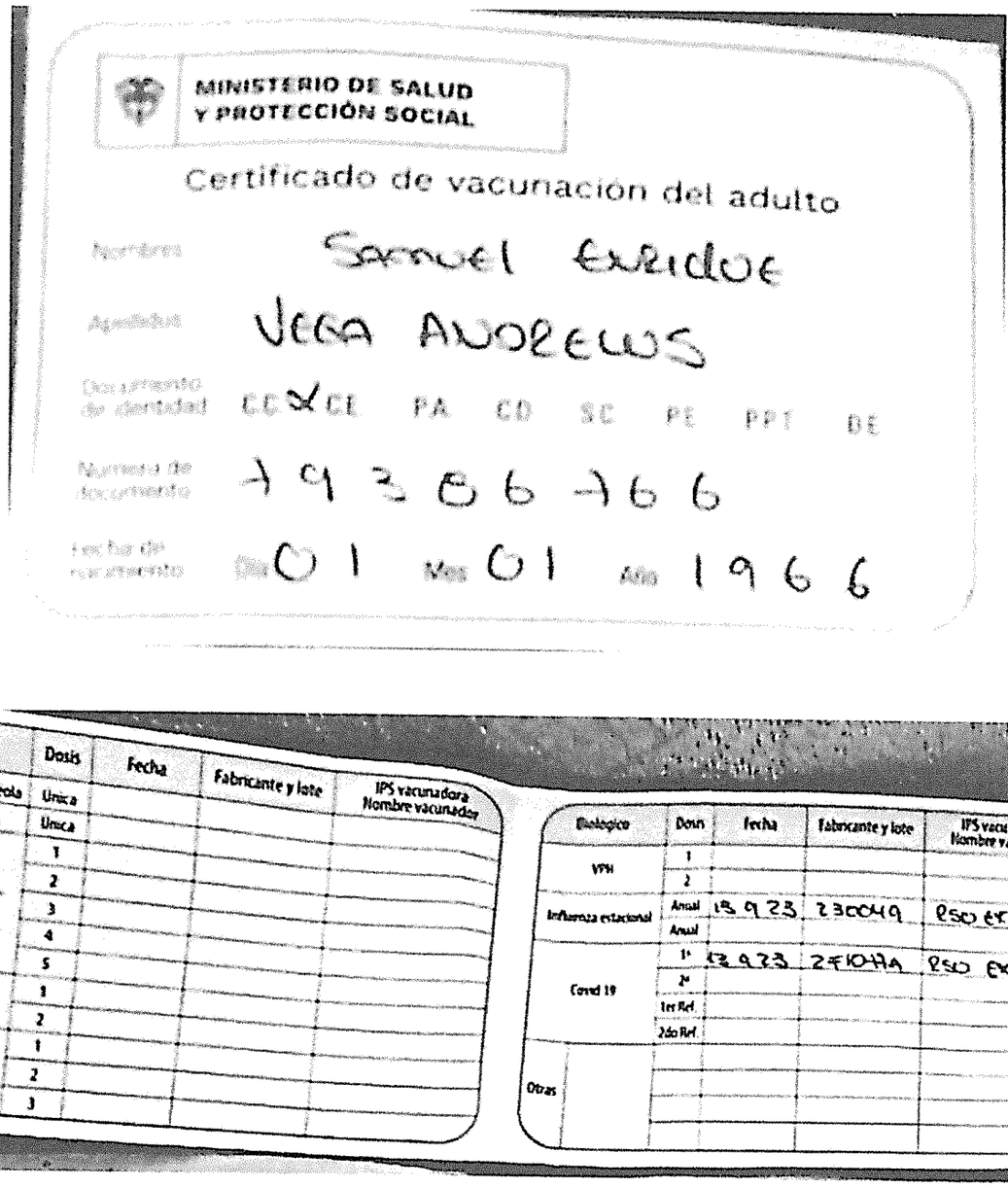
NOMBRE: Samuel Vega Andrews

IDENTIFICACIÓN: 7138766 SEXO: M

FECHA DE NACIMIENTO: 01.01.67 TEL.: 3103354183

Cra. 21 No. 22-40 Piso 2 Consultorio 205 B. Olaya

661 2676 322 721 7501



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Samuel Enrique

Apellidos: VEGA ANDREWS

Documento de identidad: CC X CE PA CD SC PE PPT DE

Número de documento: 1 9 3 8 6 1 6 6

Fecha de nacimiento: Día 0 1 Mes 0 1 Año 1 9 6 6

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	18 9 23	23CC49	PSO EST
	Anual			
Covid 19	1ª	18 9 23	21CH4A	PSO EST
	2ª			
	1er Ref			
	2do Ref			
Otras				

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Samuel Enrique

Apellidos: Vega Andrews

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 79386766

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 01 Año 1966

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Hepatitis B - Difteria y Tétanos (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tétanos y difteria (Td)	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Polio	1			
	2			
	3			
Influenza	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	02-6-21	V502210056	ESO Moderna Otro
Otra				

La salud es de todos

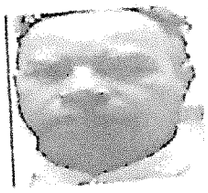
Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Samuel Enrique
Vega Andews
79386760

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión, Rubeola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica			
Tétanos Toxoide Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	15 JUN, 2022 VS0222003		Vacuna Méderi
Otras				



DR. GUILLERMO ERNESTO GOELKEL CLAVIJO

MEDICO GENERAL Y ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 19193032 M.S LIC.0170105 HABILITACION S.S.B- 1100137518
UNIVERSIDAD NACIONAL

FECHA: 22 de diciembre de 2023 X *Examen de Ingreso* *Examen de Egreso* *Examen Periódico*
Control *Control* *Control*

NOMBRE: SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS **EDAD:** 57 AÑOS **SEXO:** M

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 79.386.766 **R.H:** O +

EMPRESA: INDEPENDIENTE **PESO:** 94 KG

CARGO: ENFERMERO JEFE

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

Espirometria.
Audiometria.
Visiometria
Psicométrico
Cardiovascular
Osteomuscular X *normal*
Vacunación. *ACTUALIZADO*

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático
Serologia
Glicemia
Colesterol
Triglicéridos
Parcial de Orina
Sodio
Potasio
Plomo
Frotis Faringeo/con cultivo
KOH Uñas
Prueba de Embarazo
Hemoclasificación
TSH
Amilasa
Basiloscopia

Impresión Diagnostica: *A la fecha hacemos constar que el trabajador fue examinado y los resultados obtenidos fueron los siguientes que se exponen a continuación*

Apto X **Apto con Restricción** **No Apto** **Aplazado**

Apto para el trabajo: Sin restricciones, énfasis en sistema osteomuscular

Concepto. APTO PARA EL CARGO sin limitaciones para desempeñar el mismo.

Control EPS	
Usos de elementos de protección personal	X
Capacitaciones en la ARL y EPS	
Hábitos de vida saludable	X

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinicos, y/o vacunación que se van a realizar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y pruebas en este documento son veraces y completas. Entiendo que el proceso es voluntario y libre de toda coacción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran los exámenes. Estoy informado de las medidas que el profesional ocupacional del consultorio particular, tomará para proteger la confidencialidad de la información expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona autorizada, de acuerdo a la legislación actual vigente para el buen funcionamiento del programa de salud ocupacional de la empresa y de los cuales recibo la respectiva copia y estoy de acuerdo con el contenido de las mismas con mi firma que he leído y comprendido a la perfección. Estoy informado y no existe ninguna manifestar mi voluntad.

Dr. Guillermo Ernesto Goelkel Clavijo
Gral. y Esp. en Salud Ocupacional
Universidad Nacional
S.S.B-1100137518

DR. GUILLERMO ERNESTO GOELKEL C **19193032**
Médico Especialista en Salud Ocupacional *R.M.*

Trabajador Samuel Vega A.
C.C. 79386766
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Huc

Carrera 21 No. 22 – 32 Sur / 1er. Piso Consultorio 101 • Barrio Olaya
Cel.: 320 493 8704 – Tel.: 926 1687 • biomedidolaya@gmail.com

OPTIC SOPHYS

NIT 39.573076-9

NOMBRE: Samuel Enrique Vega Andrews

FECHA: Enero 04/2024 EDAD: 59 AÑOS

CC O TI: 79386766

R/. Se certifica que el paciente Presenta una: Visión Lejana

	VL	VP.
AVSTOD	20/100	20/20
OI	20/120	20/20

Dx: Astigmatismo Miopico

Si Requiere Correccion Optica

Control 1 año

Oftalmoscopia: Retina aplicada, fondo de ojo normal y Fijacion Central Estable AO

CT: VL Ortu VP x 6 prismas.

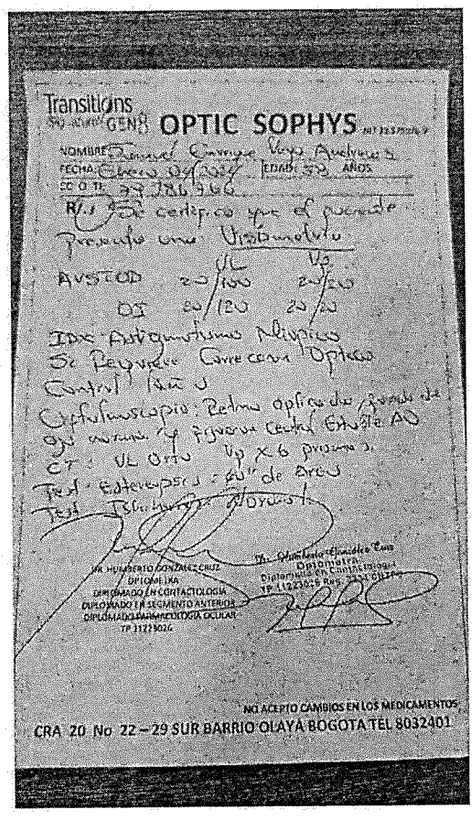
Test Estereopsis: 40" de Arco

Test Ishihara: Normal.

DR HUMBERTO GONZALEZ CRUZ
OPTOMETRA
DIPLOMADO EN CONTACTOLOGIA
DIPLOMADO EN SEGMENTO ANTERIOR
DIPLOMADO FARMACOLOGIA OCULAR
TP 11223026

Dr. Humberto González Cruz
Optometra
Diplomado en Contactología
TP 11223026 Reg. 3334 CNTPO

Jefe Samuel HMGY


Transitions
GEN8 OPTIC SOPHYS
NOMBRE: Samuel Enrique Vega Arellano
FECHA: Enero 09/2024 EDAD: 52 AÑOS
CC O TI: 79.786.960
R/: Se certifica que el paciente
Presenta una: Hipermetropia
AVSTCD 20/100 20/60
DI 20/120 20/20
Dx: Astigmatismo Miopico
Se Prescribe Cambio Optico
Control Año
Optometria: Refma optica dx grado de
OD normal y figuras Cerca Estable AO
CT: VL Ortho Vp X 6 prismas
Test Estereopsis: 40" de arco
Test Ishihara: 38/38 Ortocromatico
DR HUMBERTO GONZALEZ CRUZ
DIPLOMADO EN CONTACTOLOGIA
DIPLOMADO EN SEGMENTO ANTERIOR
DIPLOMADO EN FARMACOLOGIA OCULAR
TP 31229026
Dra Gladys Alejandra Cano
Optometra
Diplomada en Contactologia
TP-1122304[illegible] Reg. [illegible]
NO ACEPTO CAMBIOS EN LOS MEDICAMENTOS
CRA 20 No 22-29 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA TEL 8032401

República de Colombia

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

Samuel Enrique Vega Andrews

C.C. 13.366.766 de Santa Fe de Bogotá, D.C.

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

Enfermero

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá, D.C. 20 de junio de 2001

Rector

Secretario General

Decano

Libro de Registro No. 1
Acuerdo de folio 125
Registro No. 1693
Fecha Junio 20 2001

ACTA DE GRADO No. 107

En Bogotá D.C., el 20 de junio de 2020 a las 11:00 horas, se reunieron:

José leonardo valencia molano, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional

PAOLA RUIZ DÍAZ, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte

MARÍA ANGÉLICA PACHECHO CHICA, Secretaria General

Para presidir la ceremonia de graduación de:

SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS

Identificado con C.C 79386766, quien cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Por lo anterior, la Fundación Universitaria del Área Andina en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, la Asamblea y el Consejo Superior, le otorgan el título de **ENFERMERO** y proceden al registro de su diploma y acta de grado en el libro 1, folio 125 y registro 4493.

Esta copia es tomada de su original, a los dos (2) días del mes de enero de 2024.

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

La Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 8125 de 1994

Facultad de Enfermería

Teniendo en cuenta que :

Samuel Enrique Vega Andrews

C.C. 79.386.766 de Santafé de Bogotá, D.C.

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

Especialista en Enfermería Nefrológica y Urológica

En testimonio se refrenda con las respectivas firmas en
Bogotá, D.C., a los 15 días del mes de Diciembre de 2005

Presidente

Rector

Vice-Rector Académico

Secretario General

Decana

Directora de Postgrados

Número de Registro 1094 Número de Folio 91

Bogotá, D.C. Diciembre 15 de 2005

Escaneado con CamScanner

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

Acta de Grado No. 085

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de diciembre de 2005, en el Auditorio Guillermo Fergusson, del Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo Nº 1056 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria Nº 182 del 6 de diciembre de 2005, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Especialista en Enfermería Nefrológica y Urológica

a

Samuel Enrique Vega Andrews

Identificado con cédula de ciudadanía Nº79,386,766 expedida en Santafé de Bogotá D.C., como consta en el acta 085, folio 025 del libro de actas.

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

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta en Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil cinco (2005).

Presidente Consejo Superior

Rector

Vicerrector Académico

Secretario General

Decana

Directora Postgrados

Resolución de Aprobación ICFES No.003651 del 18 de diciembre de 1991. C.I. 27025610077110011100.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de Salud y Protección Social

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 79.386.766

ENFERMERO

SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS

FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
BOGOTA

ESPECIALIZACION ENFERMERIA NEFROLOGICA Y UROLOGICA

15/12/2005

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 20/06/2001

FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RUN / RETHUS: 19/04/2004

Escaneado con CamScanner

DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION NUMERO 25- 1707 DEL 2.001

22 AGO. 2001

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

EL SECRETARIO DE SALUD

En cumplimiento al Decreto Numero 1875 de agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto Número 3134 de 1956

C O N S I D E R A N D O :

Que **SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS**, con cédula de ciudadanía No. **79.386.766 de Santafé de Bogotá, D.C.**, ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como **ENFERMERO**, según **TITULO** que le otorgó **LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, según Acta de Grado No. 107, de fecha 20 dejunio de 2001.**

Que dicho título se encuentra debidamente registrado **con el No. 4493, folio 125, Libro de Registro No. 1, por la Secretaria de la Universidad, Bogotá, D.C., 20 de junio de 2001.**

Que de conformidad con la Ley 50 de 1981, Artículo 2, Parágrafo 3, Acuerdo No. 005 de 1999, del 1 de Septiembre de 1999, expedido por el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, presidido por el ICFES, y Resolución No. 0522 del 16 de abril de 2001, emanada del Ministerio de Salud, se autorizó la realización de un sorteo de plazas de **ENFERMERO**, para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, el cual se realizó el 29 de junio de 2001.

Que **SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS**, no salio favorecido en el sorteo para cumplir el Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo con lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria de Salud de Cundinamarca, debe autorizar el ejercicio de su profesión.

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS**, Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. **79.386.766 de Santafé de Bogotá, D.C.** para ejercer la profesión de **ENFERMERO**, en el territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 22 AGO. 2001

ALVARO FLOREZ BERNAL
Secretario de Salud

PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Profesional Especializado Grupo de Talento Humano

OAMS/ PGRMMARY D/Vo Bo. OF. JUR.

Escaneado con CamScanner

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-20--12:14:18 PM

Tipo Documento	Número Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado	Detalle
CC	79386766	SAMUEL	ENRIQUE	VEGA	ANDREWS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS identificado(a) con CC 79386766 registra la siguiente información:

2023-12-20--12:14:18 PM

Información Académica

Nivel Académico	Origen Información	Profesión o Ocupación	Fecha de Inicio de la Formación Académica	Acto Administrativo	Institución Educativa
UNV	Local	Enfermería	2004-04-19		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2001-08-22	1797	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1987-12-02	17574	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Samuel Enrique Vega Andrews

C.C. 79386766 Bogotá

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101259.

DADO A LOS 10 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2023, CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C. VALIDO POR 2 AÑOS

Iván Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

Sede Centro Carrera 10a #1-18
Tel: 907 06 77 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

SABERSALUD
CENTRO DE FORMACIÓN
EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Samuel Enrique Vega Andrews

C.C. 79.386.766

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

SEGÚN RESOLUCIÓN 459 DEL 6 DE MARZO 2012 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,
NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267 Y EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

DADO A LOS 21 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2022, CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.

VÁLIDO POR 2 AÑOS

LIBRO 09 FOLIO 5324

Ivan Torres Vásquez
Director
SABERSALUD

Carlos Alberto Méndez Muñoz
Enfermero Profesional
R.P. 42920

Calle 22 Sur No. 30-41, Bogotá
Tel:7959286 - Cel: 350 6260481 - 350 862 2153
info@sabersalud.co

SABERSALUD
CENTRO DE FORMACIÓN
EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Samuel Enrique Vega Andrews

C.C. 79.386.766

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ACOMPAÑAMIENTO Y MANEJO BASICO DEL DUELO

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 260601023.

DADO A LOS 24 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2022, CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS EN BOGOTÁ D.C.

VÁLIDO POR 2 AÑOS

LIBRO 01 FOLIO 575

Ivan Torres Vásquez
Director
SABERSALUD

Carlos Alberto Mendez Muñoz
Enfermero Profesional
R.P. 42920

Calle 22 Sur No. 30-41, Bogotá
Tel:7959286 - Cel: 350 6260481 - 350 862 2153
info@sabersalud.co

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Samuel Vega

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR,JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: enero 7, 2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Samuel Enrique Vega Andrews

C.C. 79386766 Bogotá

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101259.

DADO A LOS 10 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2023, CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C. VALIDO POR 2 AÑOS

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

Sede Centro Carrera 10a #1-18
Tel: 907 06 77 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Samuel Enrique Vega Andrews

C.C. 79386766 Bogotá

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

SOPORTE VITAL BÁSICO BLS

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101259.

DADO A LOS 10 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2023, CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C. VALIDO POR 2 AÑOS

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD
SABERSALUD
APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

Sede Centro Carrera 10a #1-18
Tel: 907 06 77 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

SABERSALUD
CENTRO DE FORMACIÓN
EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Samuel Enrique Vega Andrews

C.C. 79.386.766

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LOS LINEAMIENTOS DE LA AHA, EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 DEL 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101268.

DADO A LOS 13 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2022, CON UNA DURACIÓN DE 48 HORAS EN BOGOTÁ D.C.

VÁLIDO POR 2 AÑOS

LIBRO 48 FOLIO 2117

Ivan Torres Vásquez
Director
SABERSALUD

Carlos Alberto Méndez Muñoz
Enfermero Profesional
R.P. 42920

Calle 22 Sur No. 30-41, Bogotá
Tel:7959286 - Cel: 350 6260481 - 350 862 2153
info@sabersalud.co

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Samuel Enrique Vega Andrews

C.C. 79386766 Bogotá

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101259.

DADO A LOS 10 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2023, CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C. VALIDO POR 2 AÑOS

Iván Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

Sede Centro Carrera 10a #1-18
Tel: 907 06 77 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

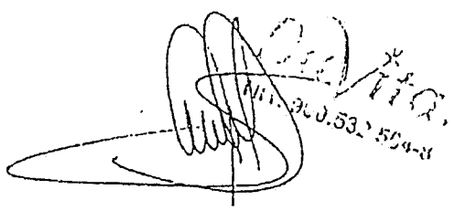
DaVita

LA DIRECCIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO CERTIFICA QUE

El señor(a) **SAMUEL ENRIQUE VEGA ANDREWS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **79.386.766**, de **Bogota**, laboró en **DAVITA SAS**, identificada con el NIT: 900532504 – 8, desde el **1 de diciembre de 2013**, hasta el día **09 de diciembre de 2019**, desempeñó el cargo de **Enfermero(a)**. Su contrato de trabajo fue a término **Indefinido**.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 20 de diciembre de 2019, en la ciudad de Bogotá.

Atentamente,



JUAN FERNANDO JIMENEZ PIZARRO
DIRECTOR TALENTO HUMANO
DAVITA S.A.S.

Para mayor información llamar al 3107803860
Av. Carrera 45 No. 108-27 Piso 22 Torre 3. Bogotá
Tel. (+57 - 1) 580 49 49 Ext 1152
DaVita.com/CO

Escaneado con CamScanner