Soacha, 31 de ENERO de 2024

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA
Cargo: AUXILIAR DE ENFEMERIA

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,

Marly Contreras.

MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA
Nombre del Contratista
CC: 1.073.693.448
Dirección: KR 2 C 0 58
Email: Marlycontreras83@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3202216701



MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA

C.C-1073693448 DE SOACHA

PERFIL

Soy una persona que gestiona de manera efectiva cargos y tareas, mediante la puesta en prácticas de mis habilidades organizativas, analíticas, dinámicas y prácticas con muy buen manejo de relaciones interpersonales y al servicio del paciente. Buscando siempre el logro de los objetivos propuestos bajo valores de responsabilidad, honestidad, compromiso, constancia y trabajo en equipo para un mejor desempeño...

DATOS PERSONALES:

Nombre: *Marly Daniela*

Apellido: *Contreras Oyola*

Identificación: *1073693448 Soacha*

Edad: *31*

Dirección: *CR 2 C N 0-58 SUR*

Teléfono: *3202216701*

Estado civil: *unión libre*

Hijos: *02*

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA Escuela Panamericana
Primaria Básica
Soacha -2003

SECUNDARIA Institución Educativa Francisco de Paula Santander Sede las Villas Soacha 2009

TECNICO ESC. De Salud Teresa de
Tec en Auxiliar de Enfermería Soacha-2010

OTROS

MEDICENTER EDUCACION VIRTUAL S.A.S
Soporte Vital Básico (BLS)
Bogota-2024

MEDICENTER EDUCACION VIRTUAL
S.A.S
Toma de laboratorio clínico
Bogota-2024

MEDICENTER EDUCACION VIRTUAL
S.A.S
Atención de víctimas de ataques con agentes químicos
Bogota-2024

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION SALUD SOACHA
Curso atención a víctimas de violencia sexual
Soacha 2024

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION SALUD SOACHA
Manejo del duelo
soacha2024

ACTIVIDAD LABORAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL

Cargo... Auxiliar de enfermería

Hospitalización en pediatría y rotación por los servicios de urgencias

Teléfono 3282300

Duración 1 año

FEBRERO 18 A 22 DE

FEBRERO 2017

COLCUIDAR

SALUD

Cargo... Auxiliar de enfermería

Atención Domiciliaria con paciente en casa

Y rotación hospitalaria clínica reina Sofía, clínica Colombia, hospital san Ignacio

Teléfono 3105597967

Duración 5 años

19 DE ABRIL 2015 A 12 JUNIO-2020

ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Cargo... Auxiliar de enfermería

Atención en salud publica

Teléfono 3103769117

Duración 3 años

15 DE JUNIO 2020 31 DICIEMBRE 2023

REFERENCIAS LABORALE

SANDRA MILENA CARRASCAL
AUXILIAR DE ENFERMERIA
CEL 3006300897

FRANCI TABARES
AUXILIAR DE ENFERMERIA
CEL 3124583168

REFERENCIAS FAMILIARES

Marlen Oyola Pérez
CEL. 3124499636

Jorge Enrique Landázuri Huila

CEL 3207746244

Marly Contreras.

MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA
CC. No. 1073693448 DE SOACHA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1992

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

05-ABR-2010 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1524700-00258508-F-1073693448-20101003 0024223022A 1 34262337

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.693.448

CONTRERAS OYOLA

APELLIDOS

MARLY DANIELA

NOMBRES

Marly Contreras

FIRMA



Powered by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 240306649

PIB
16:57:52

Bogotá DC, 30 de enero del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA identificado(a) con Cèdula de ciudadanía número 1073693448:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

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 martes 30 de enero de 2024, a las 16:59:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1073693448
Código de Verificación	1073693448240130165930

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:01:50 PM horas del 30/01/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1073693448**

Apellidos y Nombres: **CONTRERAS OYOLA MARLY DANIELA**

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.

Todos los derechos reservados

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 30/01/2024 05:03:16 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1073693448** y Nombre: **MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA.**

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. **83801834** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2 Concepto: 0 2 Actualización

4 Número de formulario: 14976705063

[415]7707212489984[8020] 000001497670506 3

5 Número de Identificación Tributaria (NIT)	6 DV	12 Dirección seccional	14 Buzón electrónico
1 0 7 3 6 9 3 4 4 8	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24 Tipo de contribuyente	25 Tipo de documento	26 Número de Identificación	27 Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1073693448	2 0 1 0 0 4 0 5

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

31 Primer apellido	32 Segundo apellido	33 Primer nombre	34 Otros nombres
CONTRERAS	OYOLA	MARLY	DANIELA

35 Razón social

36 Nombre comercial	37 Sigla

UBICACIÓN

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

41 Dirección principal: CR 2 C 0 58 SUR BRR EL ALTICO

42 Correo electrónico: marlycontreras83@gmail.com

43 Código postal	44 Teléfono 1	45 Teléfono 2
	3 2 0 2 2 1 6 7 0 1	6 0 1 7 2 2 8 3 0 6

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 9	2 0 1 4 0 1 1 5							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59 Anexos: SI [ ] NO [X] — 60 No. de Folios: 0 — 61 Fecha: 2024 - 01 - 30 / 17 : 18: 09

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: CONTRERAS OYOLA MARLY DANIELA

985 Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 30-01-2024 05:21:32PM

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 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:	2024-01-31	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
		X			AUX ENFERMERIA

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CONTRERAS	OYOLA	MARLY	DANIELA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C C X	C E	R C	NUIP	1.073.693.448	SOACHA - CUNDINAMARCA	2010-04-05
PASAPORTE		OTRO	CUAL		ES RESIDENTE EN COLOMBIA* SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1992-03-08	GIRARDOT - CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)	5	2	3202216701

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 2 C 0 58	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	3202216701

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Marlycontreras83@gmail.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	CUAL:	AUX ENFERMERIA
CIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA		

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT	
GOBIERNO	COMERCIAL	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	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2024-02-01

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	$ 1.800.000	GASTOS FAMILIARES	$ 750.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 500.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 1.800.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.250.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	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
RANGEL	LEON	ELVER	LEONARDO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CL 1 A 2 111	SOACHA	AMIGO	3143363853

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	cuenta de ahorros	002300222557	SOACHA	115

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: 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.) AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 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 requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente.

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , 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 términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento. 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Nanly Contreras.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA identificado(a) con CC 1073693448 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 10/09/2010

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **BIENESTAR IPS SAS SOACHA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 30 días del mes 1 del año 2024.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.693.448**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Contreras	Oyola	Marly Daniela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1073693448	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 08 MES 03 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 2C 0 58 sur casa el altico

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO 3202216701 EMAIL marlycontreras83@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2009
										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)

ESPECIFIQUE 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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3202216701	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	09	Mes	12	Año	2022	Día	30	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA AUXILIA DE ENFERMERIA DEL PIC						DIRECCIÓN CARRERA 2 12 null 38					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 7293922	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	08	Mes	11	Año	2022	Día	30	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA AUXILIA DE ENFERMERIA DEL PIC						DIRECCIÓN CALLE 37 34 24 ESTE					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3202216701	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	09	Año	2022	Día	31	Mes	10	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA AUXILIA DE ENFERMERIA DEL PIC						DIRECCIÓN CARRERA 1B 12 38					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 7293922	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	15	Mes	07	Año	2022	Día	31	Mes	08	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA PIC						DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 7293922	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	07	Mes	01	Año	2022	Día	30	Mes	08	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA PIC						DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	28	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC						*DIRECCIÓN* CARRERA 12 2 38					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	29	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC						*DIRECCIÓN* CARRERA 2N 12 38					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 12N 12 38 sede san marcos					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7293922	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	02	Mes	10	Año 2020	Día	30	Mes	12	Año	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7293922	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	04	Mes	09	Año 2020	Día	30	Mes	09	Año	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38 sede san marcos soacha						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7293922	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	12	Mes	08	Año 2020	Día	31	Mes	08	Año	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38 SEDE SAN MARCOS SOACHA						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLCUIDAR SALUD			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO AGUA DE DIOS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3138357845	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	19	Mes	04	Año 2015	Día	12	Mes	06	Año	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 22B 66 46						

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	3
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	0

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 30-Enero/2024

Manuel Contreras

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

Periodo 01/01/2023 - 31/12/2023

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Marly Daniela Contreras Oyola

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1073693448 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 2 C 0 58 sur casa el altico TELÉFONO: 3202216701

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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	$10.000.000
ARRIENDOS	$560.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$10.560.000

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	002300222557	SOACHA	50.000

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

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Mary Contreras
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

30-1-24- Soacha
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

Soacha, 31 de enero de 2024

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA, identificado(a) con cedula No. 1.073.693.448 de SOACHA interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: AUXILIAR DE ENFEMERIA, 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,

Marly Daniela Contreras oyola,

C.C. 1.073.693.448 SOACHA

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

Soacha, 31 de ENERO de 2024

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

Yo MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA identificado (a) con Cedula de ciudadanía No.1.073.693.448, 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,

Marly Daniela Contreras Oyola

C.C. No. 1.073.693.448 SOACHA

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha
Evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada

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

ARL: SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA

Nº Documento: 1.073.963.448 SOACHA

Fecha de Nacimiento: 08/03/1992

Teléfono. Fijo – Celular: 3 2 0 2 2 1 6 7 0 1

E-mail: Marlycontreras83@gmail.com

EPS: nueva eps

AFP: PORVENIR

Firma Contratista: Marly Contreras.

.....

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.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

Medellín, 02 de february de 2024

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

CERTIFICA:

Que MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1073693448 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 03/02/2024 **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:

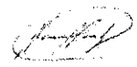
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

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: 02/02/2024 10.41 AM

Dirección IP: 190.25.235.60, 192.230.104.8, 172.16.42.57

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

Soacha 31 de ENERO de 2024

Señores:

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

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

Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA_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: AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Cordialmente;

Firma Marly Contreras

N° Documento 1.073.693.448 SOACHA

Tarjeta Profesional N 1.073.693.448

Dirección de contacto KR 2 C 0 58

Teléfono 3202216701

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

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

Yo, MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.073.963.448 expedida en SOACHA, 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 articulo 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 CLINICAS	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 30- Enero/2024

Marly Correas

Firma y huella

3202216701

Celular No.

marlycontreras83@gmail.com

Correo institucional

Soacha,31 de ENERO de 2024.

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

Yo MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA con C.C. 1.093.693.448 expedida en SOACHA, 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,

Marly Contreras.

C.C. 1.073.693.448 SOACHA

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	21-03-101024824	0

TOMADOR **MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA** CC **1.073.693.448**
DIRECCION **CR 2 C NRO. 0 - 58 SUR** CIUDAD **SOACHA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **3202216701**
ASEGURADO **MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA** CC **1.073.693.448**
DIRECCION **CR 2 C NRO. 0 - 58 SUR** CIUDAD **SOACHA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **3202216701**
BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
30 / 01 / 2024	29 / 01 / 2024	29 / 01 / 2025	29 / 01 / 2024	29 / 01 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
DE LIMA GRUPO EMPRESARIAL LTDA	93093	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

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:

SEGUROS DELIMA
CEL: 320 335 1831

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.00.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415) 7709998021167 (8020) 1100513467008 2 (3900) 000000127895 (96) 20240314

REFERENCIA PAGO: 1100513467008-2

21-03-101024824

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Hanly Daniela

Apellidos: Contreras Ayala

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1073693448

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 03 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	8/4/21	Pfizer	Er. 9414			52352 84
	2	1/05/21	Pfizer	ET 6924	Ese Municipal	Mabel Perez	53890343
		19 Febr 2022	Pfizer	210961	ESE Municipal	Javier Dejurano Aguirre C.C. 1070434293 Aux. Enfermería	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	26-8-2021	Pfizer	201621A	E.S.E. HOSPITAL SAN MATEO	Ney Buitrago	3966379
	2						

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres:

Apellidos:

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál

No.

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 03 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	09/07/2016	D2245	
	2	09/09/2016	22150131824	
	3	09/11/2016	AC39827542	
	4	08-02/20	2332004405	
	5	06-05/21	23665102417	
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	11-10-24	[illegible]	Paola R Ruiz
Virus de Papiloma Humano				

VACUNA	DIS	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
B		1ESX8004	22 FEB 2014	
		1434012	02 MAR 2014	
		1434012	26 ABR 2014	
		1434012	26 FEB 2015	
A				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombres: [illegible] DANIELA CASTAÑEDA

Documento: 1073693948

Teléfono: 3202210101

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.

901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
OTROS



Fecha: 22/Ene/2024, **Hora:** 12:57:24 a.m.
Apellido: CONTRERAS OYOLA **Nombre:** MARLY DANIELA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1073693448
Empresa: Particular
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Direccion: CRA 2 C 058
Telefono: **Celular:** 3202216701 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Soacha- cundinamarca
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 63658
Edad: 31 años
Sexo: Femenino
Nacim: 08/Mar/1992
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto

APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTE CRONICO EN SU EPS/REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA/MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

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

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

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

MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA
CC 1073693448

Huella Digital

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

IPS SERVIR

Visiometria



Fecha: 22/Ene/2024, **Hora:** 12:57:24 a.m.
Apellido: CONTRERAS OYOLA **Nombre:** MARLY DANIELA **HC:** # 63658
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1073693448 **Edad:** 31 años
Direccion: CRA 2 C 058 **Sexo:** Femenino
Telefono: **Celular:** 3202216701 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Soacha- cundinamarca
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

Antiguedad en la Empresa INGRESO Antiguedad en el Cargo INGRESO

Antecedentes

Personales		Familiares		Laborales	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopia	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugias Oculares	No	Hipermetropia	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropia	No				
Astigmatismo	No				
Miopia	No				

Correccion

Usa Lentes	Si
Solo Cerca	No
De Contacto	No
Solo Lejos	Si
Permanentes	Si
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	Si

Evaluacion

Agudeza Visual	Vision de Lejos SC	Vision de Cerca SC	VL CC	VP CC	ADD
O.D.	2.50M	1.00M	20/20 CC	20/20 CC	N/A *
O.I.	2.50M	0.75M	20/30 CC	20/20 CC	N/A *
A.O.	2.25M	0.75M	20/20 CC	20/20 CC	N/A *

Examen Externo

Percepcion del Color		Convergencia	
Percepcion Anormal	No	Lejos	No
		Cerca	No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Agudeza Visual Normal				

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida	X	X	X	X
Inadecuadamente Corregida				

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

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad	X	
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica	X	

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomendaciones

Debe usar correccion para laborar	Si X No	Valoracion por Optometria	Si No X	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria	en 12 Meses

Conducta

PACIENTE USUARIO DE CORRECCIÓN ACORDE A SU NECESIDAD, REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA REALIZAR TODAS SUS ACTIVIDADES LABORALES USO DE LA CORRECCIÓN PERMANENTE. SE SUGIERE PROTECCIÓN ADICIONAL A SUS GAFAS DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA. CONTROL 1 AÑO.

H522 ASTIGMATISMO VERTICAL
H521 MIOPIA

Dra. Samantha Yepes Escobar
Optómetra UIB

SAMANTA YEPES ESCOBAR
OPTOMETRA
Registro #: 3941 CTNPO

MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA
CC 1073693448

Huella Digital

República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa Las Villas

Soacha (Cund.) Jornada Mañana

Autorizada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No. 002494 de Noviembre 30 de 2001

Confiere a:

Marly Daniela Contreras Ayala

Identificado(a) con C.C. o T.I. No. 920308-69275 Expedida en Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado las áreas obligatorias y fundamentales contempladas en el Plan de Estudios de la Institución, de conformidad en lo establecido en la Ley 115 de 1994 y sus Decretos Reglamentarios No. 230 y 3055 de 2002.

Clara Ruby Peña Novoa - Rectora
C.C. No. 20'885.358 de San Bernardo

Jenny Jazmyn Rodríguez Rodríguez - Secretaria
C.C. No. 39.670.075 de Soacha

Dado en Soacha, Cundinamarca a los 02 días del mes de Diciembre de 2.004 anotado al Folio No.: 32 del Libro de registro para el control interno de Diplomas No.: 04 Acta de Grado No.: 054

No se requiere Registro de la Secretaría de Educación según decreto No. 921 del 6 de mayo de 1.994. Expedido por el Ministerio de Educación y 2160 de 3 de Diciembre de 1.995 de la Presidencia de la República.

Institución Educativa Las Villas

Carrera 2 No. 15 A - 14 Tels.: 579 78 55 - 579 78 57 - Soacha (Cund.)
Decreto de Constitución No. 002 del 17 de Enero de 2003 · Alcaldía de Soacha
Reconocida oficialmente mediante Resolución No. 002494 de Noviembre 30 de 2001
Registro DANE 125754010 19
NIT. 832.002.443 - 7

Acta Individual de Grado

En el municipio de Soacha, a los 02 días del mes de Diciembre de 2009, se reunieron, la Rectora, el Coordinador Académico General y la Secretaria Académica de la **Institución Educativa Las Villas**, con el fin de analizar la documentación y formalizar la graduación de los estudiantes del Grado Once de Educación Media Académica.

Comprobado el lleno de los requisitos legales, en las áreas académica, de convivencia, asistencial y la prestación del servicio social obligatorio de cada uno de los alumnos que cumplieron con el plan de estudios, de conformidad con la Ley 115 de 1994, los decretos 230 y 3055 de 2002 y el P.E.I. de la Institución establecido para el nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de **Bachiller Académico**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación:

CONTRERAS OYOLA MARLY DANIELA

T.I. 920308-69275 BOGOTÁ D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original No. 031 de la Jornada Mañana, de fecha 02 de Diciembre de 2009, que consta de 214 alumnos, comenzando con el nombre de Abril Roa Jeyson Gabriel con documento de identidad No. 921124-54502 de Bogotá D.C., y cierra con el nombre de Verano Sanchez Angee Jhorlaydi con documento de identidad No. 920131-21518 de Soacha.

Firmada y sellada por la Lic. Clara Ruby Peña Novoa (Rectora) y Jenny Jazmyn Rodríguez Rodríguez (Secretaria).

Dada en Soacha (Cundinamarca), a los 02 días del mes de Diciembre de 2009.

Clara Ruby Peña Novoa
C.C. No. 20.885.358 de San Bernardo
Rectora

Jenny Jazmyn Rodríguez Rodríguez
C.C. No. 39.670.075 de Soacha
Secretaria



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD
TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo Nº 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento Nº 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo Nº 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

CERTIFICA

QUE: *Marly Daniela Contreras Oyola*

C.C. 1.073.693.448 DE BOGOTA D.C.

Cursó y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley. Con una intensidad de 1800 horas.

Le confiere el certificado de Técnico Laboral

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica

Dado En Soacha (Cundinamarca) A Los 12 Días Del Mes De Junio De 2010.
Anotado En El Folio 978 Del Libro 01 Del Registro De La Escuela De Salud Teresa De Calcuta

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD
TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaria de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

ACTA GENERAL N° C 018

ACTA INDIVIDUAL N° C 978

En Soacha (Cundinamarca) el dia 12 de Junio del año 2010, se reunieron en el aula Multiple de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta, la Representante Legal, la Directora General, La Directora Academica y el cuerpo de docentes. Previo Juramento de rigor se le hizo entrega a:

Marly Daniela Contreras Oyola

C.C. 1.073.693.448 DE BOGOTÁ D.C.

Le confiere el Certificado De Técnico Laboral

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de ley.

Para constancia se firma la presente en Soacha (Cundinamarca)
a los 12 dias del mes de Junio del año 2010

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MARLY DANIELA
CONTRERAS OYOLA

C.C. 1073693448

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 06/10/2010

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ, D.C.

Departamento de
CUNDINAMARCA

RESOLUCION No. 25 3506 **DE 2010**

(27 SET 2010)

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional".

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas por las Resoluciones Nos. 0285 de febrero 7 de 1989, 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que, **MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **1073693448** solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA,** certificado que le otorgó **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA, SOACHA - CUNDINAMARCA,** según **ACTA GENERAL N° C 018, ACTA INDIVIDUAL N° C 978, DE FECHA 12 DE JUNIO DE 2010.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA,** conferido a **MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No 1073693448** que le otorgó **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA, SOACHA - CUNDINAMARCA,** según **ACTA GENERAL N° C 018, ACTA INDIVIDUAL N° C 978, DE FECHA 12 DE JUNIO DE 2010.**

PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional, y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 27 SET 2010

ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
1073693448

Primer Nombre
MARLY

Primer Apellido
CONTRERAS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8050

Consultar Siguiente Verificación Limpiar

Resultado General -2024-01-30--6:24:25 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1073693448	MARLY	DANIELA	CONTRERAS	OYOLA	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) MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA identificado(a) con CC 1073693448 registra La siguiente información:

2024-01-30--6:24:25 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2010-09-27	3506	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Marly Daniela Contreras Oyola

Realizó el curso de:

CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una Intensidad Horaria de 12 horas

SANDRA MILENA DUARTE CASTRO
CAPACITADOR

DRA. ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: enero 30, 2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901704533-4

CERTIFICA QUE

MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA
CEDULA DE CIUDADANIA N° 1073693448

Asistió al curso:

ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTAD.C A LOS 30 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
GERENTE

VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Marly Daniela Contreras Oyola

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

Con una intencidad de seis (6) horas.

JORGE HERNANDEZ

CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO

GERENTE

Fecha de Emisión: enero 30, 2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Marly Daniela Contreras Oyola

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR.JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: enero 30, 2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901704533-4

CERTIFICA QUE

MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA
CEDULA DE CIUDADANIA N° 1073693448

Asistió al curso:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTAD.C A LOS 30 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
GERENTE

VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901704533-4

CERTIFICA QUE

MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA
CEDULA DE CIUDADANIA N° 1073693448

Asistió al curso:

TOMA CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO (TML)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTAD.C A LOS 30 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2024. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
GERENTE

VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Colcuidar IPS
Enfermeria a tu Servicio
Colcámas

CERTIFICACION LABORAL

El siguiente certifica que la **SRA. MARLY DANIELA CONTRERAS OYOLA** identificada con cedula de ciudadanía número **1.073.693.448 de SOACHA (CUNDINAMARCA)** laboro como AUXILIAR DE ENFERMERIA ejecutando labores como Técnico Auxiliar de Enfermería prestando los servicios según la necesidad o demanda requerida por las diferentes áreas que tiene la empresa como prestadora de servicios en turnos rotativos y diferentes servicios en la CLINICA COLOMBIA, HOSPITAL UNIVERSITARO SAN IGNACIO, CLINICA REINA SOFIA , DOMICILIARIO PARA DMINISTRACION DE MEDICAMENTOS durante el tiempo de la ejecución del contrato que dio inicio el **19 abril del 2015 a el 12 junio del 2020.** Durante su tiempo a laborar presento excelente desempeño puntualidad, responsabilidad respecto hacia sus pacientes y compañeros y buen trabajo en equipo.

Se certifica a los 12 días del mes de junio del 2020

Diana P. Figueroa M

Atentamente,

Diana Pahola Figueroa

Enfermera coordinadora

CC. 52.279.897 de BGTA

Colcuidar
SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Búsqueda ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾

Escritorio

Sugerencias SECOP

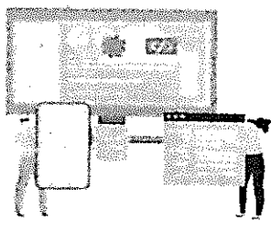
COLOMBIA COMPRA EFICIENTE VIDA

Colombia Compra Eficiente

Mantenimiento en SECOP II

Desde
2 de febrero a las 00:01 a.m.

Hasta
2 de febrero a las 7:00 a.m.



Mensaje

Oportun