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	01
		VIGENCIA	01/02/2023

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: MARGARITA LADINO

CARGO: ENFERMERA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	GESTION DEL TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	X			
2	Hoja de vida en pdf (actualizada con foto)	X			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	X			
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	X			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses	X			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	X			
8	Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses	X			
9	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)				
10	RUT Actualizado	X			
11	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	X			
12	Certificado actual de afiliación EPS	X			
13	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	X			
14	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	X			
15	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II	X			
16	Formato de oferta de prestación de servicios	X			
17	Formato de indemnidad	X			
18	Formato de ARL	X			
19	Autorización manejo de datos personales (habeas data)	X			
20	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	X			
21	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	X			
22	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	X			
23	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	X			
24	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	X			
25	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años	X			
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
26	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado	X			
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	X			
34	ReTHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)	X			
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)	X			
37	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	X			
38	Manejo del duelo (Asistenciales)	X			
39	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	X			
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
40	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERÍA 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 GINECOLÓGICAS				
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 ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				

49	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador	X			
50	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
51	Retiro e inserción DIU				
52	Retiro e inserción JADELLE				
53	Certificado de formación en toma de citología				
54	Soporte vital avanzado				
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
55	Soporte v tal avanzado				
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				
56	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
57	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
58	Registro único nacional de tránsito RUNT				
59	Licencia de conducción				
60	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito				
61	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.				
	AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA				
62	Soporte vital básico				
63	Primeros Auxilios				
64	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	INGENIERO BIOMEDICO				
65	Certificado del registro INVIMA				
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO				
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	X			
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.

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, mayo 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: MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA

Cargo Enfermera Profesional

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,



Nombre del Contratista: MARGARITA R LADINO O
CC: 21233771
Dirección: CL 18 A 1 A 40 ESTE SOACHA B/ JUAN PABLO II
Email: margaritarosaladino19@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3123912857



MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA

DATOS GENERALES:

LUGAR DE NACIMIENTO: Villavicencio (Meta)
Fecha: Abril 19 de 1958
Teléfono: 312 391 28 57 – 711 44 50
E- mail: margaritarosaladino19@hotmail.com
Documento: c.c. 21 233 771 de Villavicencio

PERFIL PROFESIONAL

Enfermera egresada de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, con conocimientos y experiencia en P y D resolución 4505, administración, supervisión y apoyo en áreas clínicas de Urgencias, maternidad, banco de sangre, unidad renal, consulta externa, oncología, radiología, administración, Supervisión, apoyo y aplicación del proceso de enfermería en los diferentes grupos etáreos (neonato, niño, adolescente, adulto, anciano, gestantes, lactantes, escolares).

EDUCACIÓN

1972 – 1978 Estudios secundarios: INEM Francisco de Paula Santander Bogotá

1996 – 2000 Estudios Universitarios: Pontificia Universidad Javeriana Bogotá

CURSOS COMPLEMENTARIOS

- "Entrenamiento Tecnología Baxter para Hemodiálisis" Laboratorios Baxter S.A. Junio de 1997.Intensidad Horaria 8 horas.
- Seminario taller "Hospitales Amigos de la Madre y el Niño" Seguro Social Clínica del Niño. Noviembre 12-14 de 1997. Intensidad horaria 20 horas.
- "Capacitación y Actualización de Protección en Radiología" A.R.P. I.S.S. Septiembre de 2004. Intensidad horaria 8 horas.
- "Curso básico de Protección Radiológica" A.R.P. I.S.S.

- "Cuidado con Calidad un Reto permanente para Enfermería". ANEC. Barranquilla. Noviembre de 2007. Intensidad horaria 20 horas.
- Inserción y retiro de implantes JADELLE E IMPLANON.
- Capacitación en Vacunación (Recién Nacidos Y Esquema Regular)
- Capacitación en elaboración de RESOLUCIÓN 4505 DE 2012 Y 2175 DE 2015
- Capacitación en Clínica de Heridas

EXPERIENCIA LABORAL

INTITUTO DE SEGURO SOCIAL
Clínica san Pedro Claver 12 años
Dra. ISMENA MOCKUS SIVICKAS: Especialista en Endocrinología.
TEL: 3687064

E. S. E. LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO
Clínica San Pedro Claver 8 años
Dra. NOHEMI CASAS SALAMANCA: Especialista en Reumatología.

VMR
6 años
Dr. VICTOR M. MENDEZ CASTRO: Especialista en Radiología Intervencionista.
TEL. 3155217476

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
10 MESES Vacunación Con VPH A 303 Menores (Esquema 0 - 1- 6 meses)
Referente MERCEDES ARDILA

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
3años y 3 meses como Jefe Líder De Protección específica Y Detección Temprana, 2 meses en Clínica de Heridas con productos de alta tecnología, por OPS
Referente: LILIANA YANETH ROJAS CARDENAS
CEL.3108653797
DIANA BELTRAN
CEL: 3004947163

LUZ COLOMBIA SOLIZ GOMEZ
Enfermera Universidad Nacional
3153307927

MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA
CC. 21.233.771 de Villavicencio



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

21.233.771

LADINO ORJUELA

MARGARITA ROSA



19-ABR-1958

VILLAVICENCIO
(META)

1.56 B+ F

28-ABR-1977 VILLAVICENCIO

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 246229627

PIB
18:07:26

Bogotá DC, 01 de mayo 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) MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 21233771:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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 01 de mayo de 2024, a las 18:09:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	21233771
Código de Verificación	21233771240501180908

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:10:11 PM horas del 01/05/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **21233771**

Apellidos y Nombres: **LADINO ORJUELA MARGARITA ROSA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

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, 01/05/2024 06:12:55 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **212333771 .**

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. **91209502** . 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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 21233771 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 01/05/2024 06:32 PM

Código Verificación: **JZQ7HLDGS6**

Válida hasta: **30/07/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA** identificada con la cédula de ciudadanía número 21.233.771 no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, al diecisiete (17) 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 14761950456

(415)7707212489984(8020) 000001476195045 6

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 1 2 3 3 7 7 1	1 9 7 7 0 4 2 8

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LADINO	ORJUELA	MARGARITA	ROSA

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: CL 18 A 1 A ESTE 40

42. Correo electrónico: margaritarosaladino19@gmail.com

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

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
0 0 2 0	2 0 1 2 0 9 1 3	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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2021 - 05 - 27 / 08 : 12: 39

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 LADINO ORJUELA MARGARITA ROSA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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:		CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LADINO	ORJUELA	MARGARITA	ROSA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	21233771	VILLAVICENCIO	1977-04-28
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1958-04-19	VILLAVICENCIO	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)		0	1	3504585542

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 18 A 1A 40 ESTE	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	6017114450

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
margaritarosaladino19@gmail.com	N/A	PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

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

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI X	IVA	SI	NO X		0020	8699
	NO	ICA	SI	NO X		PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA												# NIT	800006850-3
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	FINANCIERA	TRANSPORTE	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	MEDICAMENTOS	GOBIERNO	SERVICIOS	SALUD X			
OTRA	CUAL:												

	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	ENFERMERA PROFESIONAL	FECHA VINCULACION	2024-05-01

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	$ 2.600.000	GASTOS FAMILIARES	$ 2.500.000	AHORROS	$ 3.000.000	SALDO HIPOTECA	$ 44.000.000
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	$ 500.000	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 23.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 80.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 3.100.000	TOTAL EGRESOS	$ 2.500.000	TOTAL ACTIVOS	$ 106.000.000	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
BRITO	CARDONA	SANDRA	MILENA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
KR 15 A 13 B 47 B/ BALCON REAL	CUNDINAMARCA	AMIGA	3134891021

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	cuenta de ahorros	450170015571	UNIVERSIDAD NACIONAL	6016383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO [x]

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.):
ENFEREMERA PROFESIONAL

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos 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 , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

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

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

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

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

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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

Nº de Radicación | Fecha de Radicación

181727761

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

A. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia ✓ / Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo ✓ B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente B. Independiente ✓ C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS): 3

A. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Lozano	Orjuela	Maryorie	Rocio

7. Tipo de documento de identidad: CC ✓ (CE, CD, PA, RC, SC)
8. Número del documento de identidad: 21233771
9. Sexo: Femenino ✓ Masculino
10. Fecha de nacimiento: 19041953

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad — Tipo: F N M — Condición: T P
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 1.000.000

18. Residencia
Dirección: CR 18A 1A 40 CSTC Soacha
Teléfono Fijo: No Aplica
Teléfono Celular: 3123912857
Correo Electrónico: maryorlozanoskating10@gmail.com
Municipio / Distrito: Soacha
Zona: Urbana ✓ Rural
Localidad / Comuna:
Departamento: Cundinamarca

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Conyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CC (TI, CE, CD, RC, CC, PA, SC)
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino Masculino
23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

KIPDATA

Powered by CamScanner

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD)	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código
- [x] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [x] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, CE, PA, CD, SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino, Masculino)	Fecha de nacimiento	42. Fecha

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: (CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC) Cantidad ____ TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio, Código del Departamento)	67. Datos del SISBÉN (Número de ficha, Puntaje, Nivel)	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

EPS Sanitas
DIRECCIONAL
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
23 MAY 2021

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
	RECIBIDO POR:	

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **21233771,** se encuentra afiliado/a desde **11/04/1974** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de mayo de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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
Ladino	Orjuela	Margarita Rosa

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 21233771	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 19 MES 04 AÑO 1958	CALLE 18A 1A 40 ESTE SOACHA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	META	MUNICIPIO	SOACHA		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELÉFONO	3123912857	EMAIL	margaritarosaladino19@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	1978

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	01	2000	5336

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
ESPAÑOL		X				X			X

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 ALCALDIA DE SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7306060	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	05	*Año*	2021	*Día*	06	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* Calle 13 Nº 7-30 Soacha						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2019	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SIBATE, DESPENSA					*DIRECCIÓN* CALLE 13 9 85						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3444484	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA IAAS	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 34 5 43, Bogotá						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4480030	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	12	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA PYD	*DEPENDENCIA* ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* 1 De Mayo #40B-54						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5966600	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	15	*Mes*	10	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA VACUNACION	*DEPENDENCIA* ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 12D 26A 62 SUR						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5966600	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	11	*Año*	2011	*Día*	29	*Mes*	11	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA VACUNACION	*DEPENDENCIA* ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 12D 26A 62 SUR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5660687	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	31	*Mes*	08	*Año*	1989	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE SERVICIOS ASISTENC	*DEPENDENCIA* ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 10 64 28					

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	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	23	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	25	10

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 Soacha 24- Abril-24.

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 01/01/2023 - 31/12/2023

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Margarita Rosa Ladino Orjuela

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 21233771 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

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

DIRECCIÓN: CALLE 18 A 1 A 40 ESTE SOACHA TELÉFONO: 3123912857

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN DIEGO RODRIGUEZ LADINO	80205309	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** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **X** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	$26.833.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$23.760.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$50.593.000

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
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	22142744965	BANCOLOMBIA	500.000
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	450170015561	DAVIVIENDA	3.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	REANULT STEPWAY 2013	25.000.000
INMUEBLES	cl 18 a 1 a 40 este soacha	50.000.000
INMUEBLES	kr 15b este 13 47	70.000.000
INMUEBLES	kr 37 44 63 Villavicencio	50.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Cooperativa iss	Credito hipotecario	56.000.000
cooperativa iss	credito gold	65.000.000

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

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha, Mayo 2024
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

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

Soacha, mayo de 2024

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA identificado(a) con cedula No. 21233771de VILLAVICENCIO interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: ENFERMERA PROFESIONAL 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,

MARGARITA R LADINO O

C.C. 21233771

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, mayo de 2024

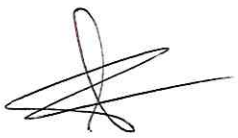
Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA identificado (a) con Cedula de ciudadanía No.21233771, 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,



MARGARITA R LADINO O
C.C. No.21233771

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	01
		VIGENCIA	12/03/2024

ARL AXA COLPATRIA ___

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido:	MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA
N.° Documento:	21233771
Fecha de Nacimiento:	19/04/1958
Dirección:	CL 18 A 1 A 40 ESTE
Teléfono. Fijo – Celular:	3123912857
E-mail:	margaritarosaladino19@gmail.com
EPS:	SANITAS
AFP:	PENSIONADA
Firma Contratista:	

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800006850
Número Afiliación:	215221
Razón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	21233771
Nombre:	MARGARIA ROSA LADINO ORJUELA
Fecha Inicio contrato:	24/05/2024
Fecha Fin contrato:	17/07/2024
Fecha Inicio cobertura:	24/05/2024
Número contrato:	12292
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 13
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	23/05/2024 11:07:26 a. m.

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

Soacha mayo de 2024

Señores:

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

Cordialmente;

Firma _____

N° Documento: 21233771

Tarjeta Profesional N°:05336

Dirección de contacto: CL 18 A 1 A 40 ESTE SOACHA

Teléfono: 3123912857

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

Yo, MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA, identificado (a) con cédula de ciudadanía número21233771, expedida en VILLAVICENCIO, 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

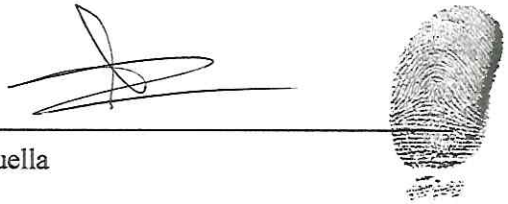
los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos**.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, 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, mayo 2024_____



Firma y huella

3123912857

Celular No.

Correo institucional

Soacha, mayo de 2024

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

Yo MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA con C.C. 21233771 expedida en VILLAVICENCIO, 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,



MARGARITA R LADINO O
C.C. 21233771

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.

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Margarita Rosa
Apellidos: Ladino Ortela.
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 21233771
Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 04 Año 1958

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10-04-21	Pfizer	EW3844	Fundación Santa Fe Bogotá	Brayit Nova.	1022446437
	2	01/05/21	Pfizer	ER4914	Fundación Santa Fe Bogotá	Mary Cruz	52469467
		31 ENE. 2022	Moderna	C015F2A	EPS Sanitas UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA CENTRO MEDICO SOACHA NIT 900.251.440-6 Cra. 1 No. 38-39 Piso 2 Local 2 C.C. Ventura Terreros Soacha	Yenny Alba	1023375[illegible]

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Margarita Rosa
Apellidos: Ladino Ogüela
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 21.233.771
Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 04 Año 1958

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	23-05-22	Pfizer	PCACOF	EPS Sanitas UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA CENTRO MEDICO SOACHA NIT 900.[illegible].440-6 Cra. 1 No. 38-39 Piso 2 Local 2 C.C. Ventura Terreros Soach	luz Oviedo	1024419364
	2						

CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO

nueva eps

NOMBRES	Margarita
APELLIDOS	Jadino
DOCUMENTO IDENTIDAD	X No. 21233771
FECHA DE NACIMIENTO	1958 04 19

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA (DD/MM/AAAA)	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1	15 Mayo / 1984		Vac.
	2	4 Junio / 1984		C.S PCL
	3	21 Enero / 1995		H. Jaramillo
	4	22 Feb. / 1996		H. Jaramillo
	5	30 Mar / 1997		H. Jaramillo.
HEPATITIS B	1	11 Nov. / 2006		C.S PCL
	2	15 Dic / 2006		C.S PCL
	3	20 Enero / 2007		C.S PCL

BIOLOGICO	FECHA (DD/MM/AAAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD				
VARICELA				
NEUMOCOCO	Neumo-23 19 Abril			H P VI
INFLUENZA	AH1N1 19 Abril / 2010			H P VI

BIOLOGICO	FECHA (DD/MM/AAAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
FIEBRE AMARILLA	7 Enero / 2005		10 años	C.S PCL
FIEBRE TIFOIDEA				
DPT				

BIOLOGICO	FECHA (DD/MM/AAAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
Fiebre T.	25 Nov. 1985			C.S PCL
Rubéola	05 Mar 1988			C.S PCL

ESTE CARNE ES VALIDO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

SERA EXIGIDO PARA ENTRAR EN ZONAS DE RIESGO

nueva eps

EN CASO DE REQUERIR CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION Y PROFILAXIS SOLICITE LA TRANSCRIPCION EN LOS SITIOS AUTORIZADOS

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	25 FEB 2011		
	2	CITA 25 Feb 2012		
	3			

compensar | salud

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				



ALANJÚ
Expertos cuidando de tu salud
Nit 901.590.274-1

ALANJÚ SAS
Cod de habilitación: 2575404639 Licencia SST: Res 250414/2022
Dirección: Cra 3b # 18 - 92 Barrio El Dorado
Teléfonos: 316 792 76 12 - 305 9349551 - 6017172073
Email: comercial@alanjusalud.com
Web: www.alanjusalud.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.039

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	05 MES	2024 AÑO	SOACHA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMURCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

LADINO ORJUELA MARGARITA ROSA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	66 AÑOS 0 MESES 13 DÍAS	CC	21233771
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ENFERMERA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA MATENER MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENCION DE INFECCION POR VIRUS RESPIRATORIOS: USO DE TAPABOCAS LAVADO FRECUENTE DE MANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, REALIZAR PAUSA ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIO FISICO DIARIO MANTENER ALIMENTACION BALANCEADA EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL CIGARRILLO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, REALIZAR ACTIVIDADES QUE FOMENTEN LA SALUD MENTAL, REALIZAR CONTROLES PERIODICOS POR SU ASEGURADORA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

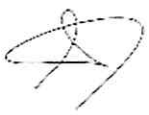
Médico



Firma:

Nombre: PAEZ CARRERO ALEJANDRO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LADINO ORJUELA MARGARITA ROSA

R. M.:	80723815	L.S.O.:	7136/2021	Código de Seguridad	CC:	21233771
				M1242S1Y7039		

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERIA JURIDICA: RES. 73-12 DE DICIEMBRE 1933 - MINGOBIERNO

EN ATENCION A QUE

MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA

C.C. 21.233.771 VILLAVICENCIO

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO

EN LA FACULTAD DE ENFERMERIA

LE OTORGA

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL TITULO DE **ENFERMERA**

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA

NOSOTROS EL RECTOR LOS DECANOS Y EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

EXPEDIDO EN STA. FE DE BOGOTA A LOS 25 DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2.000

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO ACADEMICO

DECANO DEL MEDIO UNIVERSITARIO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA COLOMBIA

Nº 1410-1642

66963

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CUNDINAMARCA
Reconocemos este título para todos los efectos legales
Bogotá 04-OCTUBRE-2000
Resolución No. 2231
Año del Servicio

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Secretaría General
Este Diploma está registrado en el folio 13
del libro 35 de actas de grado.
Ciudad de Bogotá, 8 de Sept. de 2000
Sec. Gen. PUJ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERIA

ACTA DE GRADO Nº SG – 3524

En la ciudad de Bogotá el día 25 del mes de agosto de 19 2000 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Padre Gerardo Remolina Vargas, S.J. Rector en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de

ENFERMERA

a MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA

identificado (a) con c.c. Nº 21'233.771 de Villavicencio quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales; y le otorgó el Diploma Nº 1410-1642 que lo (la) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por la Ley 30 de 1992

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá el 25 de agosto de 19 2000

Firmada por

GERARDO REMOLINA V., S.J.	JAIME BERNAL E., S.J.	MARTA LOPEZ M.
Rector	Secretario General	Decano

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Santa Fe de Bogotá, D.C. 25 de agosto de 2000

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA JAVERIANA · BOGOTA ·

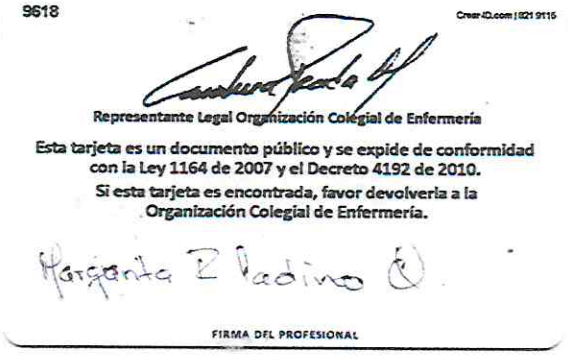
Secretario General


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
24-10-2000
LADINO ORJUELA
MARGARITA ROSA
CC 21233771
SALUD
ENFERMERA(O)


REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)
Margarita R Ladino O
REGISTRADO
NOMBRE MARGARITA R. LADINO ORJUELA
C.C. 21.233.771 VILLAVICENCIO
UNIVERSIDAD JAVERIANA
RUN No. 05336
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 27/AGO/2001
FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 27/AGO/2021


TODOS POR UN NUEVO PAÍS
ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
ENFERMERA
MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA
C.C. 21.233.771
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
BOGOTA
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2000-08-25
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RUN / ReTHUS: 2001-08-27


No.
REGISTRADOR ANEC
Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es valida en todo el Territorio Nacional.
Si es encontrada por favor devolverla a ANEC


9618
Representante Legal Organización Colegial de Enfermería
Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
Margarita R Ladino O
FIRMA DEL PROFESIONAL

WhatsApp | Facebook | (22) ; A LA DERECHA LES A | ReTHUS
web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
Google | WhatsApp | Duolingo - La mejor... | Recibidos (2) - marg... | Correo - margaritar... | Inicio - EPS Sanitas... | EPS Sanitas | Consulta Afiliados B... | ChatGPT | REDAM | Registro d... | traductor google -... | Formulario Activaci... | CASOS DE REMITID... | Todos los marcadores

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	21233771	MARGARITA	LADINO

Confirme los números de la Imagen *

8047

Cambiar

9712

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-05-01--10:02:11 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	21233771	MARGARITA	ROSA	LADINO	ORJUELA	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) MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA identificado(a) con CC 21233771 registra La siguiente información:

2024-05-01--10:02:11 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2001-08-27		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2000-10-04	2221	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1983-02-28	1484	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).

Buscar | 13°C Parc. nublado | ESP | 10:04 p. m. 1/05/2024

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCION NÚMERO 25- 2221 DEL 2.000

( )

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

EL SECRETARIO DE SALUD

En cumplimiento al Decreto Numero 1875 de agosto 5 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto Numero 3154 de 1968

CONSIDERANDO:

Que MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA, con cedula de ciudadania No. 21.233.771 de Villavicencio (Meta), ha solicitado autorizacion del ejercicio Profesional como ENFERMERA, según TITULO que le otorgo LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, Acta de Grado No. SG-3524 de fecha 25 de agosto del 2000.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado al folio 13 del libro 25 de actas de grado por la Secretaria de la Universidad, Santafe de Bogotá, D.C. 8 de septiembre del 2000.

Que de conformidad con lo establecido en la Ley 50 de 1981, Articulo 2, Decreto No. 0645 de 1990, del 1 de Septiembre de 1994 expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Acuerdo General por el ICFES y Resolución No. 0150 del 24 de enero de 2000, emanada del Ministerio de Salud, se autoriza la realización de un sorteo de plazas de ENFERMERIA, para el complemento del Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el 31 de agosto de 2000.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA, identificado con la cedula de ciudadania No. 21.233.771 de Villavicencio (Meta) para ejercer la profesión de ENFERMERA, en el territorio Nacional

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Santafé de Bogotá D.C. a los 04

OSCAR ALBERTO MAYORGA SUAREZ
Secretario de Salud

PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Profesional Especializado Grupo de Talento Humano

CENTRO SUPERIOR ESAT S.A.S
NIT 900820764-1

ESCUELA NACIONAL DE EDUCACIÓN ESAT
Lic. funcionamiento 5850 23 sept 2019 S.E.C
Educación para el trabajo y desarrollo humano
Decreto 4904-2009-Decreto 1075 de 2015
Ministerio de Educación Nacional
Educación informal

CERTIFICA QUE:

Margarita Rosa Ladino Orjuela

CC.No 21.233.771 Villavicencio

BAJO LAS NORMAS REGLAMENTARIAS Y LA RESOLUCIÓN 544 DEL 03 DE ABRIL DE 2023 ASISTIÓ Y PARTICIPÓ SATISFACTORIAMENTE EN EL CURSO TÉORICO PRACTICO

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Centro Superior ESAT S.A.S
NIT. 900.820.764-1
REPRESENTANTE LEGAL

Paola Salgado R.
COORDINADOR ACADÉMICO

BOGOTÁ D.C 02 DE MAYO DEL 2024

VIGENCIA DE DOS AÑOS

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN ENE-013-15-02-40-59

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR,JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: mayo 3, 2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

LA SUSCRITA LÍDER DEL ÁREA DE ENFERMERÍA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL

HACE CONSTAR QUE:

MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA, identificada con cédula de ciudadanía 21.233.771, prestó sus servicios como **ENFERMERA,** en el área de **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN,** mediante la modalidad de prestación de servicios, desde el 21 de Diciembre de 2012 hasta la fecha; sin que esto genere relación laboral entre las partes; desarrollando algunas actividades como:

- Responsable de la resolución 4505 de 2012.
- Responsable programa **PAI.**
- Seguimiento a colposcopias positivas.
- Regulación de la fecundidad.
- Curso para la maternidad y la paternidad.

Se expide en Bogotá, Distrito Capital a solicitud de la interesada, con base en la información existente en la coordinación de enfermería a los 31 días del mes de Diciembre de 2014.

LILIANA YANETH ROJAS CARDENAS
Líder Proceso de Enfermería
Hospital Occidente de Kennedy III Nivel ESE.

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA, ÁREA DE CONTRATACIÓN, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS OCCIDENTE DE KENNEDY

CER-535-2016

HACE CONSTAR:

Que, la **UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS OCCIDENTE DE KENNEDY,** antes Hospital Occidente de Kennedy E.S.E., fusionado mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016 a la Subred Integrada de Servicios Sur Occidente E.S.E., celebró los siguientes contratos de prestación de servicios con la Señora **LADINO ORJUELA MARGARITA ROSA,** identificada con Cédula de Ciudadanía número **21233771**, quien prestó sus servicios como **ENFERMERO** en el **ÁREA DE ENFERMERIA,** sin que esto haya generado relación laboral entre las partes:

No. CONTRATO	VIGENCIA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	DURACIÓN (EN DÍAS)	VALOR TOTAL
5722	2012	21-Dic-12	20-Ene-13	30	2.086.000
1932	2013	07-May-13	30-Jun-13	54	4.172.000
2874	2013	01-Jul-13	31-Ago-13	60	4.172.000
4148	2013	01-Sep-13	31-Oct-13	60	4.172.000
5027	2013	01-Nov-13	31-Dic-13	60	4.172.000
575	2014	01-Ene-14	30-Abr-14	120	8.600.000
2334	2014	01-May-14	30-Jun-14	60	4.300.000
3567	2014	01-Jul-14	31-Jul-14	30	2.150.000
4494	2014	01-Ago-14	31-Ago-14	30	2.150.000
5299	2014	01-Sep-14	31-Oct-14	60	4.300.000
6558	2014	01-Nov-14	31-Dic-14	60	4.300.000
931	2015	01-Ene-15	28-Feb-15	58	4.300.000
1863	2015	01-Mar-15	30-Abr-15	60	4.300.000
2866	2015	01-May-15	30-Jun-15	60	5.120.000
4451	2015	01-Jul-15	31-Ago-15	60	5.120.000
5961	2015	01-Sep-15	30-Sep-15	30	2.560.000
7160	2015	01-Oct-15	30-Nov-15	60	5.120.000
8482	2015	01-Dic-15	31-Dic-15	30	2.560.000

Tel 5550950 Ext 2011
Calle 10 No. 86-55 Av. C. Cali
Nit 900.959.048-4

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Occidente de Kennedy - Subred Sur Occidente E.S.E

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

SIG

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

No. CONTRATO	VIGENCIA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	DURACIÓN (EN DÍAS)	VALOR TOTAL
0219	2016	01-Ene-16	30-Abr-16	120	10.240.000
Adición 01 0219	2016	01-May-16	31-May-16	30	2.560.000

Se expide en Bogotá, Distrito Capital, a solicitud de la interesada, con base en la información existente en la Oficina Asesora Jurídica, Área de Contratación a los diez (10) días del mes de Junio de 2016.

RAMÓN SEGURA MOLINA
Profesional Universitario

Revisó: Ricardo Giraldo, Técnico II, Oficina Asesora Jurídica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE., Unidad Prestadora Occidente de Kennedy.

Proyectó: Martha Rodriguez C., Auxiliar Administrativo, Área de Contratación, Oficina Asesora Jurídica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE., Unidad Prestadora Occidente de Kennedy.

Para Siempre

CER – 1649

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
SECCIONAL CUNDINAMARCA Y D.C.

En aplicación de las instrucciones impartidas mediante Oficio 2069 del 05 de Abril de 2005. la suscrita Jefe del Departamento de Recursos Humanos de la Seccional Cundinamarca.

HACE CONSTAR:

Que según oficio 2153 del 07 de septiembre de 2007. suscrito por la doctora Magdalena Sabogal de Urrego- Agente Apoderado del Liquidador ESE Luis Carlos Galán Sarmiento en Liquidación. en la hoja de vida del Señor (a) MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA. reposa la siguiente información.

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	21.233.771
FECHA DE INGRESO:	31 DE AGOSTO DE 1989
CARGO DESEMPEÑADO:	AUXILIAR DE SERVICIOS ASISTENCIALES
GRADO-JORNADA LABORAL:	12 -8 horas
ASIGNACION BASICA:	$955.522
DESTINO:	A QUIEN INTERESE

Que de acuerdo con el Articulo 17 del decreto 1750 de 26 de Junio de 2003 por el cual se escinde el Instituto de Seguro Social y se crean unas Empresas del Estado. quedo automáticamente incorporado (a). sin solución de continuidad. en la planta de personal de la Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento Creada en dicho decreto

Se expide a solicitud del (a) interesado (a). en Bogotá. a los Diecinueve (19) días del mes de septiembre de 2007.

CLAUDIA PATRICIA TORRES AGUILAR

Néstor Fernando Velandia/ Martha Ahumada

ESE LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO
EN LIQUIDACION

ESE LCGS
EN LIQUIDACION

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

H A C E C O N S T A R:

Que el Sr(a) **LADINO ORJUELA MARGARITA ROSA** identificado con la cédula de ciudadanía número **21.233.771**, se encuentra vinculado(a) a la Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento desde el 26 de junio 2003, desempeñando el cargo de **AUXILIAR SERVICIOS ASISTENCIALES**, Grado 20, jornada laboral ocho horas, con una Asignación Básica de **$1.165.400,oo** que incluye Prima por Compensación, con vinculación como **EMPLEADO PUBLICO.**

Que durante su vinculación no registra interrupciones.

En el evento que la presente constancia tenga enmendaduras, carece de validez

Se expide a solicitud del interesado, a los 07 días del mes de febrero 2008.

LUZ STELLA MAYORGA LOZADA

Elaboró: Luz Eddy Rodriguez Rojas

TEMPORALES UNO-A S.A

Nit. 830.058.387-6

CERTIFICACION

Por medio de la presente nos permitimos certificar que la señora LADINO ORJUELA MARGARITA ROSA Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 21,233,771 de VILLAVICENCIO, laboró en misión de nuestra organización, para la empresa usuaria HOSPITAL RAFAEL URIBE - HRUU - PIC UEL, por medio de un contrato de trabajo de obra o labor determinada, desde el día 4 de enero de 2012 hasta el día 15 de octubre de 2012 desempeñando el cargo misional de PROFESIONAL, con una asignación salarial de $1,800,000.00 Mcte

Seguidamente nuestro sistema reporta la existencia de los siguientes contratos de trabajo de obra o labor determinada, cada uno con causa y objeto independiente entre si, que el trabajador de la referencia subscribió con nuestra organización; todos debidamente liquidados a saber:

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Desde el dia 16 de noviembre de 2011	hasta el 29 de noviembre de 2011
Desde el dia 4 de enero de 2012	hasta el 15 de octubre de 2012

La presente se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a solicitud de la interesada a los 13 días del mes de Noviembre de 2015.

NOTA: CUALQUIER ANOTACIÓN EN LETRA IMPRENTA SOBRE EL PRESENTE CERTIFICADO ES INVALIDA

Atentamente,

CATHERINE BERNAL MEJIA
Directora de Gestion Humana

Este documento digital cumple con el artículo 28 de la Ley 527 de 1999

Este certificado fue expedido a través de un sitio web, para verificar su validez comuníquese al departamento de gestión humana de Temporales Uno A. PBX: 57-1-320 09 77.

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación CPS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. la señora **MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA**, identificada con C.C. No. 21.238.777 presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad mediante contrato de prestación de servicios según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO
PS 4784 2017	05/09/2017	29/12/2017	$ 5.947.640

Con honorarios promedio mes de $ 2.823.460 pesos

OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE PROFESIONAL EN ENFERMERIA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud. 2. Revisión diaria se toma conjunta con especialista en infectología del total de los reportes microbiológicos de la USS. 3. Investigar el tipo de infección, agente etiológico factores de riesgo para iniciar acciones de control identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar medidas de control inmediato documentación de las anteriores. 4. Participar en la investigación de brotes y efectuar notificación inmediata y obligatoria de brotes de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmación y ejecución de las intervenciones requeridas. 5. Velar por el cumplimiento de la normatividad local y nacional respecto a las IAAS. 6. Servir de enlace IAAS los establecimientos de la salud pública y otros niveles proceso. 7. Analizar la información del comportamiento de las IAAS junto con infectología a las áreas al deben involucrarse en el marco de los casos. 8. Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad incluyendo el proceso de limpieza y desinfección de áreas. 9. Participar en la evaluación y el establecimiento de programas de capacitación para el personal médico, enfermero y otros trabajadores de la institución. 10. Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario. 11. Realizar el registro y el envío oportuno de los formatos establecidos por el ente territorial. 12. Realizar el análisis, tomar y enviar la base de datos WHONET, SIVIGILA, CAB, SIVIGILA IAAS, dias dispositivos en UCI, indicadores de higiene de manos, intrahospitalario, toma de muestras y capacitaciones. 13. Realizar la supervisión del personal a cargo. 14. Notificar los eventos de calidad que se presenten en el servicio. 15. Participar en los anuales y en los que sea convocado. 16. Supervisar la implementación de las acciones de mejora ordenadas para los diferentes servicios. 17. Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. 18. Mantener la reserva de la información. 19. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 20. Asistir al comité institucional y técnico distrital de infecciones intrahospitalarias. 21. Capacitador al personal en temas de IAAS. 22. Con relación al personal nuevo. 23. Revisión detallada de historias clínicas para evaluación de casos de mortalidad por IAAS. 24. Secretaria técnica de los comités internos de la USS de infecciones, comité de estadísticas vitales, comité de prudencia de antibióticos. 25. Coordinación logística de comité de mortalidad por IAAS de casos correspondientes a la UBA, elaboración de acta correspondiente. 26. Participar en la construcción de los tableros institucionales, seguimiento y reporte oportuno de los mismos, reporte mensual de brote y tasas de IAAS comunitarias.

Diagonal 42 N° 4-63
Código postal 110911
[illegible]
Bogotá [illegible]

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

LA OFICINA DE JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL
MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

CERTIFICA

Que la Profesional : MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA identificada con cédula de ciudadania No.21.233.771, ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

NO CDP	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR	ADICION EN VALOR	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
570	02-05-19	MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES COMO ENFERMERA DE LA SUB GERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	5.000.000,00	N/A	5.000.000,00	02/05/2019 HASTA 31/07/2019
730	01-08-19	MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES COMO ENFERMERA DE LA SUB GERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2.500.000,00	6.250.000,00	8.750.000,00	01/08/2019 HASTA 15/12/2019
347	02-01-20	MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO ENFERMERA DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	5.000.000,00	17.500.000,00	22.500.000,00	02-01-2020 HASTA 30-09-2020
833	01-10-20	MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO ENFERMERA DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	7.500.000,00	N/A	7.500.000,00	01-10-2020 HASTA 31-12-2020
271	02-01-21	MARGARITA ROSA LADINO ORJUELA	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO ENFERMERA DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	7.500.000,00	N/A	7.500.000,00	02-01-2021 HASTA 28-02-2021

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C. a los 27 días noviembre de 2017

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 298 05 15 o dirigirse a la Carrera 3 No. 33 A-49 Unidad de Contratación Piso 3

Cordialmente,

BLANCA LORELY RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto lo presentamos y aprobado
Revisó y Aprobó: Blanca Rodriguez Directora Contratación
Proyectó: Sabie Jimenez – Técnico Administrativo

Dirección: [illegible]
Código Postal: 110611
Tel: [illegible] www.subredcentroriente.gov.co
NIT: [illegible]

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

1. 1)Cumplir las metas institucionales asignadas y sus indicadores con la ejecución de las actividades encaminadas al cumplimiento de los Indicadores del Plan de Gestión, PAS Y el PAMEC, planteados para el cuatrienio, así como entregar con oportunidad la información y soportes de los mismos.2)Acompañar en caso necesario las diferentes auditorías internas y externas programadas por la IPS o el ente externo.3)Realizar un adecuado diligenciamiento de los RIPS de la consulta, verificar que sus actividades sean facturadas de acuerdo con el respectivo código del programa.4)Dar cumplimiento a la Resolución 1995/99, en lo referente al correcto diligenciamiento de la historia clínica, en el formato correcto y sin omitir ningún dato, diligenciar los formatos según corresponda el tipo de consulta y/o programa.5)Mantener el inventario de equipos y enseres de la sede actualizado y velar por su adecuado uso, avisando novedades de forma oportuna.6)Realizar de forma racional los pedidos tanto de insumos medico quirúrgicos y materiales para el adecuado funcionamiento del centro o puesto, así como verificar contra entrega a la llegada de los mismos e informar las novedades de inmediato al coordinador.7)Diseñar e implementar estrategias para el cumplimiento de las metas y fortalecimiento de los diferentes programas de promoción y prevención (captación de las gestantes antes de la semana 12 de gestación, servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, vacunación, citologías, curso de preparación para la maternidad y paternidad, detección y reporte de pacientes sintomáticos respiratorios, estrategia AIEPI, etc.). 8)Realizar los respectivos informes de actividades como profesional de enfermería de forma oportuna y entregarlos al coordinador para su consolidación mensual, (resolución 4505, informe de P y P, mineras, etc.) y entregar los soportes físicos de las actividades los tres primeros días de cada mes, para no acarrear sanciones.9)Realizar la demanda inducida a los diferentes programas de promoción y prevención en cada consulta y durante las actividades grupales programadas el centro y puesto de salud.10)Coordinar, supervisar y controlar las actividades del personal auxiliar de enfermería del servicio asignado.11)Orientar y supervisar las actividades grupales realizadas por el personal auxiliar de enfermería durante la realización del curso de preparación para la maternidad y paternidad, los talleres de crónicos (hipertensos, diabéticos) y las demás actividades.12)Cumplir con los protocolos, procedimientos y guías de manejo del área, durante el ejercicio de sus funciones.13)Ejecutar los procedimientos de enfermería de mayor responsabilidad, de acuerdo con las normas establecidas.14)Cumplir con la producción consulta-hora según el estándar establecido y según el tipo de consulta realizada.15)Apoyar la atención de urgencia en caso de requerirse, de acuerdo con la complejidad de los pacientes.16)Realizar los procedimientos de enfermería que requieran de su participación directa, de acuerdo con la importancia y la prioridad de cada caso.17)Utilizar adecuadamente los elementos, materiales y papelería que le sea suministrada.18)Participar en la coordinación y desarrollo de las actividades de las jornadas de vacunación, jornadas y brigadas de salud, integrando el componente epidemiológico 19)Velar por el correcto funcionamiento de equipos, instrumentos y elementos de servicio bajo su cuidado.20)Presentar oportunamente las situaciones de emergencia y riesgos que se presenten en el área y otras novedades en el manejo de pacientes.21)Participar en la capacitación, adiestramiento e instrucción del personal auxiliar de enfermería relacionado con el área.27)Participar en las diferentes reuniones de carácter científico, educativo y/o administrativo programadas por el coordinador del centro o puesto, por la subgerencia, la coordinación de promoción y prevención o por la Institución.23)Establecer las necesidades de implementos y papelería del servicio y dotarlo de las cantidades adecuadas, cumpliendo con el procedimiento definido.24)Aplicar y velar por el cumplimiento estricto de las normas de asepsia y antiséptica para la realización de los procedimientos realizados en el servicio, así como promover y velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad.25)Manejar en forma adecuada el sistema de información y codificación vigente.26)Diligenciar y entregar oportunamente los soportes para facturación de servicios a los pacientes del área asignada.27)Vigilar y supervisar que las actividades realizadas están facturadas en su totalidad.28)Cumplir meta diario asignada por sede de citologías el día a libre demanda, sin contar con la consulta programada ni las brigadas de toma de citologías programadas para el mes.29)Conocer y aplicar las normas de Bioseguridad, Plan de Gestión Ambiental y manual de higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecución de las actividades propias del objeto contractual 30)Organizar y archivar los reportes de citología y de VIH negativos y gestionar la atención por el médico o la enfermera según corresponda el caso.31)Realizar entrega y registro de reportes de citología a las usuarias con resultados positivos y definir conducta de forma prioritaria.32)Cumplir con la política de humanización garantizando su aplicación al cliente externo e interno.33)Y todas las demás actividades que le sean asignadas por la subgerencia Comunitaria y/o la gerencia.

Se expide a solicitud del interesado, a los Diecinueve (19) días del mes de Abril de 2021

YUDY HERNANDEZ ARCINIEGAS
Asesora Jurídica
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas

Proyecto: Liz Bello Simbaqueva