

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSION	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:					
CARGO:					
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
GESTIÓN 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 visometría*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, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
42	Toma de muestra con fecha de vigencia				
43	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
44	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
45	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
46	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
MEDICO URGENCIÓLOGO					
47	Certificado en formación de sedación				
ODONTÓLOGO					
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			

 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

50	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
51	Retiro e inserción DIU				
52	Retiro e inserción JADELLE				
53	Certificado de formación en toma de citología				
54	Soporte vital avanzado				
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
55	Soporte v tal avanzado				
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
56	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
57	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
58	Registro único nacional de tránsito RUNT				
59	Licencia de conducción				
60	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito				
61	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * 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, visometría 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 (Página 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.

Carlos Cardozo

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, Julio 04 de 2024

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

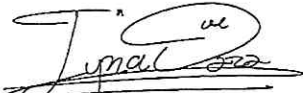
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Lyna Isabel Daza Molano

Cargo: Medico

Respetado Doctor Diego Alejandro García, 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,



Lyna Isabel Daza M.

CC: 1.018.462.533

Dirección: Calle 136N 103F 56

Email: lidaza@fucsalud.edu.co

Teléfono/ Celular: 3124083819

LYNA ISABEL DAZA MOLANO

INFORMACIÓN PERSONAL

Lugar y fecha de nacimiento
Cédula de ciudadanía

Bogotá, 06 de octubre de 1993
1.018.462.533 de Bogotá



PERFIL

Médica general egresada de la Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS, con habilidades para liderar y ejecutar acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades. Con habilidad en el manejo de urgencias, consulta externa y con capacidad de actualización profesional para garantizar la excelencia en la prestación del servicio de salud de la comunidad.

ESTUDIOS FORMALES

- **Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS**
Médico, 26 de junio de 2020
- **Colegio Álvaro Gómez Hurtado**
Bachiller académico, diciembre 2011

ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL

- **CURSO: “CODIGO BLANCO –ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL” SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E,** Bogotá mayo de 2023
- **CURSO: “SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO (SVBA)” INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA INABTEC - RESCUE,** Bogotá, mayo de 2024
- **CURSO: “ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON SUSTANCIAS QUÍMICAS” INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA INABTEC - RESCUE,** Bogotá, abril de 2024

- **CURSO: "MANEJO INTEGRAL DEL DUELO" SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E,** Bogotá, junio de 2022

- **CURSO: "ENTRENAMIENTO BÁSICO EN UCI CON ÉNFASIS EN MANEJO DE PACIENTE COVID 19" ASCOFAME,** Bogotá, mayo de 2020.

EXPERIENCIA LABORAL

- **Hospital San José – Hospital Infantil Universitario de San José**

Prácticas médico – quirúrgicas

Junio 2019 – Mayo 2020

- **Subred Sur**

Medico general - Servicio de urgencias

Septiembre 2020 - En la actualidad

- **Centro Médico Madre Micaela**

Director médico - consulta externa

Marzo 2022 - Mayo 2023

- **Colsanitas - Clínica Infantil Santa Maria del Lago**

Medico general - Servicio de urgencias

Marzo 2023 - En la actualidad

- **Subred Sur Occidente**

Médico general - Atención domiciliaria Salud Mental

Mayo 2024 - En la actualidad

REFERENCIAS PERSONALES

- **Paula Mosquera Lopez**

Médico general

Cel: 3178434634

- **Catalina Echeverri Sepulveda**

Médico general

Cel: 3146159635

- **Sebastián Pérez**

Médico Internista

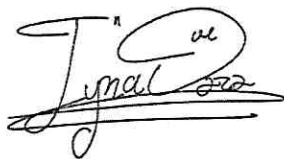
Cel: 3166208421

REFERENCIAS FAMILIARES

- **José Ubarles Díaz Hoyos**
Cel: 3102319471

- **Diana Ibeth Corredor Molano**
Cel: 3103125118

- **Nury Milena Molano Martinez**
Cel: 3213212846

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lyndy Isabel Daza Molano', with a stylized flourish at the end.

LYNA ISABEL DAZA MOLANO
RM. 1.018.462.533

Los certificados serán entregados a solicitud.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
GEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.018.462.533**
DAZA MOLANO

APELLIDOS
LYNA ISABEL

NOMBRES

Lyna Daza
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **06-OCT-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-OCT-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL SANCHEZ TORRES



P-1500160-00040693 F-1018462533-20111119 0028530655A 1 37490007

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 249843652



PIB

20:47:07

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de julio 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) LYNA ISABEL DAZA MOLANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1018462533:

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 Política 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 Relacionamento 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.



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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 02 de julio de 2024, a las 20:49:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1018462533
Código de Verificación	1018462533240702204910

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



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC. BOGOTÁ. D.C.

Página 1 de 1

2/7/24, 20:50

Policía Nacional de Colombia

**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA****Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales****La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 08:50:20 PM horas del 02/07/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1018462533

Apellidos y Nombres: **DAZA MOLANO LYNA ISABEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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

2/7/24, 20:52

Consulta RNMC



Policía Nacional de Colombia

[🏠 \(Default.aspx\)](#) 🔍

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

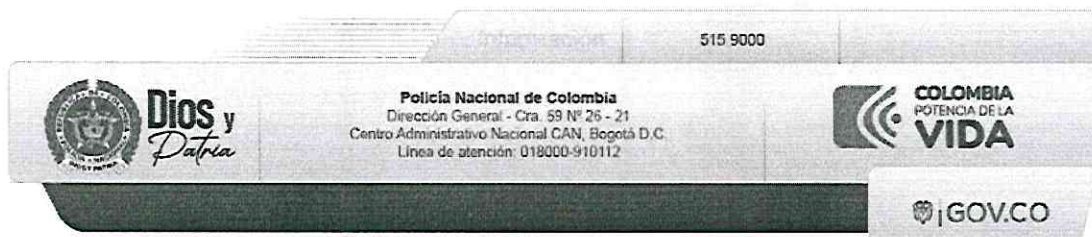
Que a la fecha, 02/07/2024 09:52:32 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1018462533**.

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. **96973028**. 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 Búsqueda

Imprimir

https://svcnpc.policia.gov.co/PSC/fm_cnp_consulta.aspx

1/1



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C101846253300189004

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **LYNA ISABEL DAZA MOLANO**, identificado(a) con C.C. No. 1018462533 y T.P. o R.M. No. Médico general del(a) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 03 julio 2024 a solicitud del(a) interesado(a).


ELIANA PATRICIA RAMIREZ CANO
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)7212847 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 141039186986			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 8 4 6 2 5 3 3		6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico		3 2			
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 1 8 4 6 2 5 3 3	
27. Fecha expedición 2 0 1 1 1 0 0 7		28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1	
30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1		31. Primer apellido DAZA		32. Segundo apellido MOLANO	
33. Primer nombre LYNA		34. Otros nombres ISABEL		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Sigla		38. País COLOMBIA 1 6 9	
39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1		41. Dirección principal CA CL 136 103 F 56 BRR C	
42. Correo electrónico linamol_10@hotmail.com		43. Código postal 1 1 0 1 1 1		44. Teléfono 1 3 1 2 4 0 8 3 8 1 9	
45. Teléfono 2 8 1 4 8 5 9 9		CLASIFICACIÓN			
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
46. Código 8 6 2 1		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 0 0 6 2 6		48. Código	
49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros		Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		55. Forma 56. Tipo			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20		Servicio 1 2 3			
		57. Modo			
		58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024 - 05 - 08 / 15 : 52: 58	
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.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
984. Nombre DAZA MOLANO LYNA ISABEL			985. Cargo CONTRIBUYENTE		

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo	TH FTO_45
				Version	0
				Vigencia	6/07/2022
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA	
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUB	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
DAZA	MOLANO	LYNA	ISABEL		
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐	1018462533	Bogota	2011-10-07	
PASAPORTE	☐	OTRO ☐ CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:		
1993-10-06	Bogota	Colombia	Colombiana		
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ TUDOA ☐					3124083819
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL:					CONTRATISTA
DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA	
Calle 136 No. 103F -56	Bogota	Bogota	Colombia		
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		
	N/A		PROPIA ☐ 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		
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐	C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐				
PASAPORTE	☐	OTRO ☐ CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: medico	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA.... ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☒ IVA	SI ☒ NO ☐	CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	NO ☐ ICA	SI ☒ NO ☐		8621	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
		AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒		
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		ESE Región de Salud Soacha		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒	# NIT		
			800066850-3		
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	INDUSTRIAL ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐	OTRA ☐ CUAL:			

		FORMATO SARLAFT		Código	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	6/07/2022
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO	Ciudad/Municipio	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9 - 97		7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL		NOMBRE DEL CARGO	FECHA VINCULACION		MES Y AÑO RADICACION CARPETA
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	N/A
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	PASIVOS
SALARIOS	\$ 3.000.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 2.500.000	AHORROS	\$ 0
HONORARIOS	\$ 6.000.000	ARRENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0
ARRENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 1.720.000	VEHICULOS	\$ 105.000.000
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 9.000.000	OTROS EGRESOS*	\$ 4.000.000	OTROS ACTIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 18.000.000	TOTAL EGRESOS	\$ 8.220.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 105.000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A		N/A		N/A	ICETEX
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente u Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
ZAPATA	MUNTON		RUBEN	ALBERTO	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CALLE 60 A SUR N 77-16	Bogotá		Amigo	3133865770	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SECURSAL	TELÉFONO
NOMBRE DEL BANCO	AHORROS/CORRIENTE		Nº DE CUENTA		
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A		N/A
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					CUAL:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
<p>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":</p> <p>1. Que los recursos que entregue y entregará a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): Actividades como Medico</p> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas.</p> <p>5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.</p> <p>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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a 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.</p> <p>7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueron requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>					
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS					
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses + copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>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.</p> <p>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</p>					

	FORMATO SARLAFT	Código	TH_FTO_45
		Versión	0
		Vigencia	6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último 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 Público.

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 Ley 1581 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 tratan 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, suministraré mis 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 Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, 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 capítulo 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.

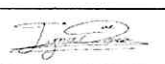
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

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 incluyen 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 lo 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

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LYNA ISABEL DAZA MOLANO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1018462533, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20200904	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 2 días del mes de Julio de 2.024

Observaciones:

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: 999999999999

CER-AFI 25317279

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DAZA MOLANO LYNA ISABEL** identificado(a) con **CC** número **1.018.462.533** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de octubre de 2020 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de julio de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024070221330



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Daza		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Molano		NOMBRES Lyna Isabel	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1018462533		SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 06 MES 10 AÑO 1993 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ, D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 136N 103F 56 Calle 136 Numero 103 F - 56 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SANTA FE TELÉFONO 3124083819 EMAIL lidaza@fucsalud.edu.co			

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	2011

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA 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	10		☒	MEDICINA			

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL			☒			☒		☒	

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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED SUR				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	02	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ASISTENCIAL				DEPENDENCIA ASISTENCIAL MEDICO				DIRECCIÓN CARRERA 24C 53 47 SUR							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED SUR				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	02	Año	2023	Día	31	Mes	01	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO				DEPENDENCIA ASISTENCIAL MEDICO				DIRECCIÓN CARRERA 24C 53 47 SUR							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL SUR				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	02	Mes	02	Año	2022	Día	31	Mes	01	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO				DEPENDENCIA ASISTENCIAL MEDICO				DIRECCIÓN CARRERA 24C 53 47 SUR							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED SUR				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	02	Año	2021	Día	31	Mes	01	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO				DEPENDENCIA ASISTENCIAL MEDICO				DIRECCIÓN CARRERA 24C 53 47 SUR							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E SUBRED SUR				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	28	Mes	08	Año	2020	Día	31	Mes	01	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO				DEPENDENCIA MEDICO ASISTENCIAL				DIRECCIÓN CARRERA 24C 53 47 SUR							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO		NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN					

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

05.07.2024

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

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

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **Lyna Isabel Daza Molano**

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. **1018462533**

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SANTA FE

DIRECCIÓN: CALLE 136 N 103 F 56 Calle 136 Numero 103 F - 56

TELÉFONO: 3124083819

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
---------------------	------------------------	------------

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN 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
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$3.000.000
HONORARIOS	\$6.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$9.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
--------------------	----------------	------------------	-------------------	--------------------

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

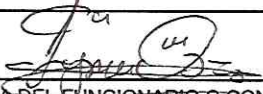
C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Pogxica 05 - 07 - 2024.
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770

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

Soacha, 04 de Julio de 2024

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Lyna Isabel Daza Molano, identificado(a) con cedula No.1.018.462.533 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Medico, 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,



C.C. 1.018.462.533 de Bogotá

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgv.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca-Colombia.

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.

Página 1 de 1

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

Soacha, 04 de Julio de 2024

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

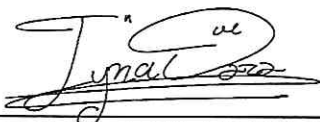
E. S. M.

Yo Lyna Isabel Daza Molano identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.018.462.533 de Bogotá, 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,



C.C. No. 1.018.462.533 de Bogotá

 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 COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Lyna Isabel Daza Molano

N.º Documento: 1.018.462.533

Fecha de Nacimiento: 06 de Octubre de 1993

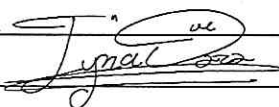
Dirección: Calle 136 No. 103F 56

Teléfono. Fijo – Celular: 3124083819

E-mail: lidaza@fucsalud.edu.co

EPS: Compensar

AFP: Protección

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.



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: 1018462533
Nombre: LYNA ISABEL DAZA MOLANO
Fecha Inicio contrato: 10/07/2024
Fecha Fin contrato: 09/12/2024
Fecha Inicio cobertura: 10/07/2024
Número contrato: 12387
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal SUCURSAL 14
Centro de trabajo CTRAB 003
Fecha hora transacción: 09/07/2024 05:21:19 p. m.

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

Soacha 04 de Julio de 2024

Señores:

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud -FUCS

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

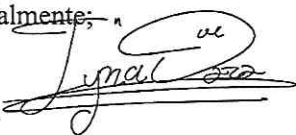
Yo Lyna Isabel Daza Molano en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece “todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Artículo 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:

(Medico)

Cordialmente:

Firma



Nº Documento 1.018.462.533 de Bogotá

Tarjeta Profesional Nº 1018462533

Dirección de contacto Calle 136 N 103F 56

Teléfono 3124083819

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

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

Yo Lyna Isabel Daza Molano identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.018.462.533, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados:

CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las 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 pudiese 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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

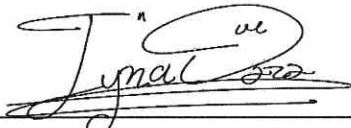
Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas 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: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	X X X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 04 de Julio de 2024


 Firma y huella



Celular No. 3124083819

Correo institucional.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH FTO 56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha, 04 de Julio de 2024

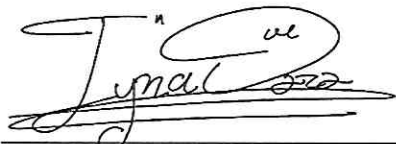
Señores

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

Yo Lyna Isabel Daza Molano con C.C.1.018.462.533 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,



C.C. 1.018462.533 de Bogotá

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres

Jayna Isabel
Daza Molano

Apellidos

Tipo de documento

CC/ TI

Pasaporte

PEP

OTRO

OTRO

Nº

1018462533

FECHA DE VACUNACIÓN

Día

06

Mes

10

Año

1493

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
M-4 COVID-19	1	25-02-21 8.10am	PFIZER	EN1145	S-B Pant SUI	Leidy Emajel	102-ME0233
	2	10-03-21	PFIZER	6N1P5 6/21	UMHRS TUNAL	MARCELA MONTAÑEZ	53077767
		28 NOV 2021	medina	1175201	UMHRS TUNAL	 Dora Rodriguez CC. 20545797 Auxiliar de enfermeria	



24-E24-1154147

Página N° : 1 of 1
 Fecha ingreso : 07/12/2021 05:55:18 PM
 Fecha de muestra: 07/12/2021
 Fecha impresion : 08/12/2021 04:17:34 AM

No. de Orden: E24-1154147
 Paciente : DAZA MOLANO LYNA ISABEL
 Documento Id: 1018462533
 Empresa : CLARA MABEL CASTRO PINZON
 Sede : BOG REFERENCIA
 E-Mail : linamol_10@hotmail.com

No. Interno : E24-1154147
 Edad : 28 a 2 m 1 d
 Fecha Nacimiento: 06/10/1993
 Sexo : FEMENINO
 Teléfono : 3124083819
 No. Autoriza :

HBSAC**

QUILEI2

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------------------

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

1000 UI/L 0 - 0

VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10 IU/L
 Reactivo: Mayor o igual a 10 IU/L

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
 10 - 100: Niveles de protección
 Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: Electroquimioluminiscencia

Valida: Reg 1002004983 WILMAR PIMENTA MONTERROSA

06/12/2021 02:43 AM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Fase pre analítica muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado)

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

VACUNA
VARICELA
VACUNA VARICELA DE
VIRUS VIVO ATENUADO
Eficacia: 100%
Efectos secundarios:
Muy raramente
reacción alérgica
al huevo
No se recomienda
para lactantes



CP139B
18MAR2014

do en Colombia
ar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación
Oportúnica, somete su transcripción en los sitios autorizados.

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre:

Lyna Isabel

Apellidos:

Rivera Molano

Documento
de identidad:

C.C.X TL Pasaporte No. 1018462533

Fecha de
Nacimiento:

Día 06 Mes 10 Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1	27-10-11	Serum	Yamile
Rubeola	1	02 JUL. 2013	Serum	Isabel Enciso
Varicela	1	10 DIC. 2013	Serum	Isabel Enciso
Tétanos	2	02 JUL. 2014	Serum	Isabel Enciso
Difteria	3	07 JUL. 2015	02221	Isabel Enciso
Id	4	07 JUL. 2015	02221	Isabel Enciso
	5	07 JUL. 2015	02221	Isabel Enciso
Contra Hepatitis B	1	02 JUL. 2013	Serum	Isabel Enciso
	2	10 DIC. 2013	034170013	Isabel Enciso
	3	03 JUL. 2014	034170013	Isabel Enciso
Anti-HCV	1	07 JUL. 2015	1434018.05	Isabel Enciso

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	26 AGO 2020	compenso	Isabel Enciso
Contra Virus de Papiloma	1	24 AGO 2021	Vuri Cast	Isabel Enciso
	1	02 JUL. 2013	compenso	Isabel Enciso

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	LYNA ISABEL DAZA MOLANO	Documento:	CC 1018462533
Fecha de nacimiento:	1993-10-06	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	30 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No, hijos vivos:	0
Dirección actual:	CL 136 103 F 56	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3124083819	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	MEDICO GENERAL DE URGENCIAS	EPS:	Compensar
Responsable**:	CECILIA MOLANO (MADRE)	Teléfono:	3123822064
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



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

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO APLICA.
Audiometría: NO APLICA.
Spirometría computarizada: NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a LYNA ISABEL DAZA MOLANO con documento de identificación No. 1018462533 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de MEDICO GENERAL DE URGENCIAS del sector económico Servicios

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

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

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

1. Se le recomienda la actualización anual de la fórmula de corrección de los lentes en su entidad de salud.
2. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud evaluación y plan de manejo de su patología descrita

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

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

AURA VIVIANA FIERRO MARTINEZ
Medico Cirujano
UDCA
T.P 1015404954
Especialista en Salud Ocupacional
U. del Rosario
Resolucion 2345 de 24/03/2023

Firma para identificación de usuario
LYNA ISABEL DAZA MOLANO
Documento: 1018462533



Indice der



Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones

para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico:

Calle 79A # 18 - 36 Bogotá - Colombia **PBX: (601) 745 40 84**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por: sara.fontecha
Fecha: 2024-04-04 Hora: 13:41

CA. 1 19 9 47

07/12/2023 09:36:52 AM

Teléfono 3340243

PRESCRIPCIÓN DE LENTES

Paciente: ANTONIO YAA SABEL		Identificación del paciente CC 1018462533		Fecha de Exposición 07 12 2023		Nº	
Profesional: DARIO SALAZAR		Identificación del profesional 19281978		Identificación del Trabajador C.C.		Teléfono y/o Mail del profesional	
				Dirección del profesional			

	OJO	ESFERICO	CILINDRICO	EJE	A.V.	PRISMA	BASE
LEJOS	7.00 D	1.75	1.25	25 °	1.00		
	7.00 D	1.00	1.25	0 °	1.00		
	7.00 D						
CERCA	7.00 D						

PRUEBA CONTROL: 1 año Viernes 6 de Diciembre de 2024

VIGENCIA : 3 meses Miércoles 6 de Marzo de 2024

DISTANCIA POPULAR: 65

TIPO DE LENTE: POLICARBONATO

BASE DE FILTRO: ANTIRREFLE

OBSERVACIONES: CLARITY BLUE

DIAGNOSTICO: ASTIGMATISMO + MIOPIA

Firma del Profesional

Nº de Registro

Este documento es una receta médica y no debe ser utilizado como comprobante de pago. Para la compra de lentes, consulte con el profesional o el proveedor de lentes.



FUCS

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS
Personería Jurídica 10917 del 1° de diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Medicina

En atención a que

Dyna Isabel Daza Molano

C.E. 1.018.462.533 de Bogotá

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

Médico

En Bogotá, D.C., Colombia el 26 de junio de 2020
en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos.


Presidente Consejo Superior


Rector


Vicerrector


Secretario General


Decano


Secretario Académico

Número de Registro 1847 Número de Folio 003 y 004
10162

Escaneado con CamScanner



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS
Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado No. 084

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintiséis (26) días del mes de junio de 2020, en el Auditorio Guillermo Fergusson del Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No. 4645 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 530 del 26 de mayo de 2020, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Médico

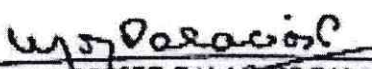
a

Lyna Isabel Daza Molano

Identificada con cédula de ciudadanía No. 1018462533 de Bogotá, como consta en el acta No. 084 folios 025, 026 y 027 del libro de actas No. 2.

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

En el diploma de grado aparecen la firma de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente del Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Álvaro Granados Calixto, Decano, Oscar Eduardo Mendoza Ramírez, Secretario Académico y para constancia de lo anterior, se firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los veintiséis (26) días del mes de junio del año dos mil veinte (2020).


MANUEL ROBERTO PALACIOS PALACIOS
Secretario General

Código de Aprobación SNIES, No. 5116

Legado Manuscrito



La salud
es de todos. *Minisalud*



COLEGIO MEDICO
COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

LYNA ISABEL DAZA MOLANO

C.C. 1018462538

MEDICO

F. Universidad de Ciencias de la Salud

Bogotá D.C.

Grado: 26/06/2020

Rehúso: 31/05/2020



154/2020-151

Este folio es un documento físico que se emite de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Este folio es emitido por el colegio médico colombiano. Por favor, no lo pierda. Si lo pierde, comuníquese al colegio médico colombiano. P.O. Box 15 # 100-43 Carrera 501 - Edificio Avenida 15 No. 154/2020-151

[Signature]

Firm. Representante Colegio Médico Colombiano

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1018462533

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *

8978

Cambiar

4322

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-07-03→10:41:44 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	
CC	1018462533	LYNA	ISABEL	DAZA	MOLANO	Vigente	<div></div>

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) LYNA ISABEL DAZA MOLANO identificado(a) con CC 1018462533 registra La siguiente información:

2024-07-03→10:41:44 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2020-08-31	73593	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo	Tipo	Lugar Prestación	Fecha	Fecha	Modalidad	Programa
------	------	------------------	-------	-------	-----------	----------

Prestación	Lugar Prestación	Inicio	Fin	Prestación	Prestación	R
SISPRO Exproado del SSO	Local	COLOMBIA BOGOTÁ, D.C. BOGOTÁ, D.C.	1900- 01-01	1900- 01-01	Sin Modalidad	Medicina

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones



**INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE
COLOMBIA INABTEC - RESCUE**
NIT: 901069117-9



Basado en la resolución 3100 del 2019 del Ministerio Salud, educación y bajo cumplimiento -
bajo normas A.H.A 2023 en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115
de 1994.

**P.R.S.V.S
Q.A.Q**

CERTIFICADO

de reconocimiento

**PRIMER RESPONDEDOR EN SALUD A VICTIMAS
SOBREVIVIENTES POR QUEMADURAS CON AGENTES QUIMICOS**

Otorgado a

LYNA ISABEL DAZA MOLANO



Identificado (a) con número de Cedula de Ciudadania No: 1.018.462.533

Con una intensidad de 40 Horas - Realizado en Bogotá D.C DE 27 - 30 DE ABRIL del 2024; -
ACTA No 0023096 Libro de actas de Cursos y Talleres No:0024

Christian M. Quintero A.
Director General Nacional

CHRISTIAN M. QUINTERO A-
Director General Nacional

Oscar M. Alonso

OSCAR M. ALONSO
Coordinador Academico Nacional



VALIDO POR 2 AÑOS



**INSTITUCION NACIONAL DE
BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA**
INABTEC - RESCUE
NIT: 901069117

INSTRUCTOR M.D
DR. MANUEL RODRIGUEZ
RM: 075175711



0 35545 62336 76 1



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

HgiTxW3ugA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

LYNA ISABEL DAZA MOLANO

1018462533

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL V2

Con una intensidad horaria de : 40 horas

Para constancia se expide:

marzo 24, 2023

Vigencia de 3 años



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

Lyna Isabel Daza Molano

1018462533

Recibió actualización en **MANEJO INTEGRAL DEL DUELO** con una intensidad
de 24 horas

Para constancia se firma

junio 21, 2022

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1	

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) DAZA MOLANO LYNA ISABEL; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,018,462,533 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	6359 de 2020
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$32,852,082
FECHA DE INICIO	28/08/2020
FECHA DE TERMINACIÓN	31/01/2021
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	MEDICO GENERAL

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Prestar servicios profesionales como médico en las áreas de Urgencias, hospitalización y consulta externa a los usuarios de la Subred Sur con el pleno conocimiento de los estándares de calidad y oportunidad, seguros, eficientes y humanizados y cumplimiento de protocolos y guías de manejo de la Entidad durante el tiempo de disponibilidad indicando en su propuesta. 2. Garantizar la continuidad de la atención médica, durante los procesos de Ingreso, valoración, formulación, formulación y egreso, procedimientos propios de la atención medica con plena autonomía y pertinencia, informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la Atención brindada conforme a los lineamientos del contratante. 3. Diligenciar clara, correcta y oportunamente la historia clínica y demás documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema de información adoptado por la subred, con ocasión de la ejecución de lo pactado en el presente contrato. 4. Diligenciar la historia clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente. Diligenciar correcta y oportunamente la información que exija el sistema de información de la Subred a fin de que los servicios prestados por los contratistas puedan ser incluidos en el cobro de esta al respectivo asegurador.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los tres(3) días del mes de Abril de 2024.

Cordialmente,



CARMENZA MANGOTAS BUENO
Directora Operativa – Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: xuxnvxmrv6

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) DAZA MOLANO LYNA ISABEL ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,018,462,533 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	1525 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$72,712,620
FECHA DE INICIO	01/02/2021
FECHA DE TERMINACIÓN	31/01/2022
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	MEDICO GENERAL

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1). Prestar servicios de perfil (médico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E., de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los tres(3) días del mes de Abril de 2024.

Cordialmente,



CARMENZA MANOTAS BUENO
Directora Operativa – Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: xuxnvxmrv6

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) DAZA MOLANO LYNÁ ISABEL ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1,018,462,533 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	1701 de 2022
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$76,657,209
FECHA DE INICIO	02/02/2022
FECHA DE TERMINACIÓN	31/01/2023
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	MEDICO GENERAL

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1). Prestar servicios de perfil (médico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los tres(3) días del mes de Abril de 2024.

Cordialmente,


CARMENZA MANOTAS BUENO
 Directora Operativa – Dirección de Contratación
 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: xuxnvxmrv6

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: xuxnvxmrv6

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL		CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) DAZA MOLANO LYNA ISABEL; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,018,462,533 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	1257 de 2023
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$79,920,000
FECHA DE INICIO	01/02/2023
FECHA DE TERMINACIÓN	31/01/2024
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	MEDICO GENERAL

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1). Prestar servicios de perfil (medico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E., de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.5). Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los tres(3) días del mes de Abril de 2024.

Cordialmente,


CARMENZA MANOTAS BUENO
 Directora Operativa – Dirección de Contratación
 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: **xuxnvxmrv6**

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: xuxnvxmrw6

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

	<p align="center">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</p>	
	<p align="center">CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL</p>	<p align="center">CO-OPS-FT-22 V1</p>

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) DAZA MOLANO LYNA ISABEL; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1,018,462,533 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	2215 de 2024
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$20,646,000
FECHA DE INICIO	01/02/2024
FECHA DE TERMINACIÓN	30/04/2024
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	MEDICO GENERAL

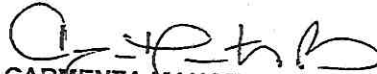
OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1). Prestar servicios de perfil MEDICO(a) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. 3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. 5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento. 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los tres (3) días del mes de Abril de 2024.

Cordialmente,


CARMENZA MANOTAS BUENO
 Directora Operativa – Dirección de Contratación
 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: **xuxnvxmrw6**

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: xuxnvxmrw6

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: xuxnvxmrw6

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

