EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	01/02/2023

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO: AUXILIAR ENFERMERIA.

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)				
23	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	X			
24	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	X			
25	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años	X			
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
26	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
27	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado	X			
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 ejerocio profesional y técnico de Cundinamarca				
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)				
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, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
40	Soporte vital básico con fecha de vigencia	X			
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
42	Toma de muestra con fecha de vigencia				
43	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
44	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
45	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
46	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
47	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
48	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
49	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
50	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
51	Retiro e inserción DIU				
52	Retiro e inserción JADELLE				

Powered by CamScanner

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

53	Certificado de formación en toma de citología				
54	Soporte vital avanzado				
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
55	Soporte v tal avanzado				
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				
56	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
57	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
58	Registro único nacional de tránsito RUNT				
59	Licencia de conducción				
60	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito				
61	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.				
	AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA				
62	Soporte vital básico				
63	Primeros Auxilios				
64	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	INGENIERO BIOMEDICO				
65	Certificado del registro INVIMA				
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO				
66	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
67	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
68	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
69	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometria y laboratorios clinicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
	SERVICIO DE ALIMENTACION				
70	Certificación de manipulación de alimentos				
71	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
	MANTENIMIENTO				
72	Certificado curso de alturas				
73	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
	EXPERIENCIA LABORAL				
74	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado	✓			
Nombre y firma de quien verifica la documentación:					

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

Carlos Cardoza

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Powered by CamScanner

Soacha, 24 de JUNIO de 2024

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: JENNIFER OSORIO NIETO

Cargo TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Respetad Doctor Diego Alejandro García Londoño, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

Nombre del Contratista
CC: 1024509328
Dirección: KR 1 30 237
Email: jenniferosuredcontratos@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3026591346

JENNIFER OSORIO NIETO



jenniferosubredcentrooriente@gmail.com

Cedula: 1024509328 Bta
Fecha de nacimiento: 30 De sept/1992
Dirección: CL 33 7este 99 Soacha
Celular: 3028591346- 3246824780

soy una persona con grandes atributos de liderazgo y responsabilidad, Con deseos de poner en práctica los conocimientos adquiridos de mis estudios y anteriores puestos de trabajo, dar todo de mi con mucha madurez y sobre todo tolerancia también ayudar a las personas que lo necesitan y brindarles conocimientos.

ESTUDIOS

- Colegio Juan pablo II bachiller 2007
- Sena mercadeo y ventas 2008
- fundación san mateo,Tecnica en enfermeria 2010
- actualización en farmacología analgésica, fundación san mateo 2010
- certificación en salud sexual y reproductiva secretaria de salud 2013
- curso AIEPI hospital Rafael Uribe Uribe 2016
- Curso de AIEPI COMUNITARIO sub red integrada de servicios norte.2018
-
- Curso de violencia sexual , word service 2023
- CURSO SOPORTE VITAL BASICO predesalud ,2023
- Curso de agentes en ataques químicos 2023
- Cuso de administración de inmunobiologicos SENA 2018
- Certificacion del sena en PAI 2018
- Curso de administración de inmunobiologicos PREDESALUD 2021
- Curso de vacunación covid 19,secretaria de salud de bogota 2021

EXPERIENCIA LABORAL

-SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, Secretaria De Salud Bogotá, gestión del riesgo comunitario en viviendas (salud pública PIC) fecha de ingreso22 junio de 2017 a fecha de retiro 31 enero 2020

-hospital de vista hermosa (24 meses) (atención en salud pública) Apoyo a PAI, auxiliar en epidemiologia, apoyó en p y p , control de autorizaciones, programación de cirugías, consulta externa y procedimientos menores ,manejo de pacientes en todos sus ciclos vitales.

-hospital Rafael Uribe Uribe (atención en salud pública) (24 meses) Apoyo a PAI, auxiliar en epidemiologia, apoyó en p y p , control de autorizaciones, programación de cirugías, consulta externa y procedimientos menores ,manejo de pacientes en todos sus ciclos vitales.

-hospital de vista hermosa (6 meses) (atención en salud pública) (Programa territorios saludables)

-Hospital de sur ESE (tamizaje escolar) (6 meses)

-IPS proseguir asociación de ligas contra el cáncer (7 meses) (manejo pte crónico y atención domiciliaria)

-fundación amor vida y servicio (5 meses) (manejo de pte psiquiátrico)

REFERENCIAS PERSONALES

DIANA ESCOBAR
Auxiliar de enfermería
Celular: 3168647765

CLAUDIA GONZALEZ
Jefe de enfermería
Celular: 3125814257

REFERENCIAS FAMILIARES

Hilda orozco
Ama de casa
Teléfono: 9004563

Betty alonso
Ama de casa
Telefono:7642138

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.509.328**

OSORIO NIETO

APELLIDOS

JENNIFER

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-SEP-1990**

SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-OCT-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00153618-F-1024509328-20090326 0010515989A 1 28658043

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 249407381

PIB
20:15:57

Bogotá DC, 24 de junio 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) JENNIFER OSORIO NIETO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024509328:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 24 de junio de 2024, a las 20:18:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1024509328
Código de Verificación	102450932824062420182 4

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:22:03 PM horas del 24/06/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1024509328**
Apellidos y Nombres: **OSORIO NIETO JENNIFER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

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, 24/06/2024 09:20:38 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1024509328 .**

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. **95653456** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Información 515 9000

Dios y Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

GOV.CO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14754503024

(415)7707212489984(8020) 000001475450302 4

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 4 5 0 9 3 2 8	2 0 0 8 1 0 0 7

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSORIO	NIETO	JENNIFER	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 33 7 99 ESTE

42. Correo electrónico jennifersubredcentrooriente@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 2 8 5 9 1 3 4 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49- No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024- 06 - 24/ 13: 10: 17

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre OSORIO NIETO JENNIFER
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/7/2022

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

FECHA:	2024-06-24	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Destinguido 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 Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
OSORIO	NIETO	JENNIFER	NA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1024509328	BOGOTA DC	2008-10-07
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? X	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1990-09-30	SOACHA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	X	CASADO(A)		DIVORCIADO(A)		UNION LIBRE		1	1	3028591346

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 1 30 237	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	NA

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X
jenniferosubredcentrooriente@gmail.com	NA			

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NA	NA	NA	NA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP	NA	NA	NA
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA	NACIONALIDAD: NA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		RETENEDOR		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI		IVA	SI	NO X		8692	
	NO	X	RCA	SI	NO X		PRINCIPAL	SECUNDARIA

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO X	AGENTE RETENEDOR	SI	NO X	AGENTE AUTORRETENEDOR	SI	NO X

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		SERVICIOS	X	SALUD	# NIT	800026850-3

EXPORTACIONES | AGRICOLA | ENERGETICA | FINANCIERA | TRANSPORTE | TECNOLOGIA | ALIMENTOS | MEDICAMENTOS | OTRA | CUAL:

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_65
		Version	0
		Vigencia	6/7/2022

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CL 13 9 97	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2024-07-01
707			

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
NA	NA	NA	NA	NA	NA

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 2,400,000	GASTOS FAMILIARES	$ 1,000,000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 430,000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 970,000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 2,400,000	TOTAL EGRESOS	$ 2,400,000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar si vive con el Cliente o Contratante y deberse localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MENDOZA	NA	JESICA	MILENA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y O EXTENSION/CELULAR
CL 12 9 F 34	SOACHA	AMISTAD	3112275683

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHOROS	4.77E+11	AV68	5300300

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIO ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

	FORMATO SARLAFT	Código	TN_FTO_46
		Versión	0
		Vigencia	6/2/2023

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 ampliado al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del último ejercicio gravable anterior (si esta obligado a declarar).
6. Estados Financieros del último período transcurrido, suscritos por contador con tarjeta vigente, certificados por el representante legal, con corte máximo a doce (12) meses a la fecha de vinculación.
APODERADO: Adjuntar poder debidamente firmado con reconocimiento ante notario Público.
NOTA: Todos los anteriores de ingreso deben estar debidamente diligenciados, sin enmendaduras, sin tachones, borrones, legibles, completamente.

II. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARAR CUALQUIERA DE LOS DATOS QUE EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE SALUD TENGAN DE MI PERSONA LA CENTRAL DE RIESGO FINANCIERO Y DE CUMPLIMIENTO

I. DECLARACIONES

1. Que los datos suministrados anteriormente en el presente formulario de Vinculación son exactos, actualizados, así mismo que a continuación suministro por la Superintendencia Nacional de Salud, y los autorizo expresamente para la Verificación y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el Artículo 10 del artículo 7 de la Ley 1581 de 2012, he diligenciado que tengo la posibilidad de ejercer mi derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, así como autorizar y revocar el uso de los mismos, de acuerdo con los términos establecidos en dicha disposición, así mismo autorizo a las Unidades de Salud y archivar, con respecto de mis datos la información, actualizar, corregir y cancelar del Sistema de archivo y de Almacenamiento, de conformidad, por lo que me entregaron la respectiva política de tratamiento de la información de la cual previamente he leído.
3. Que los datos suministrados anteriormente para el estudio, reposa en Unidades, serán usados las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos suministrados serán usados para fines contractuales, tanto por la cual presente, y durante la siguiente.

III. AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, que en adelante se le llamará EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, identificada con NIT. 901097.915, ubicada en la Calle 13 No. 9-97, en adelante unidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, funcionario directo o contratista(s) por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para obtener la acceso a la contratación y 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, autorizo(amos) expresa, libre, clara, exacta, inequívoca, voluntaria, previa, informada y verificable a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para que realicen el tratamiento de mis datos personales, sensibles, financieros, comerciales, de servicios, de salud y de ubicación, suministrados en el presente documento, así como aquellos que se llegaren a suministrar en el futuro, para las siguientes finalidades:

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 los siguientes fines(cada uno independiente, distinto, concreto, inequívoco y verificable): Servicios Públicos Contratados por OPS: a) La prestación de bienes y servicios. b) El proceso de negocios con los siguientes con la EPS, con 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 la Entidad y el pago de sumas. d) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Cumplir el cumplimiento de las respectivas para acreditarse a los de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos - estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Dentro de nuestro objetivo de mejoramiento de satisfacción de clientes y usuarios y demás contenidos de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizar las evaluaciones sobre satisfacción en los servicios prestados por la EPS y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de registro 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 sus reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de convenios de doble imposición 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 Usted Entidad o por los encargados del tratamiento con ella contadero necesarios.

B. USO ADECUADO DE LA INFORMACIÓN. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transferidos, entregados, suministrados o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que actúen en calidad de encargados y vinculados a la EPS y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Las operaciones necesarias 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, cobradores de sentencias judiciales, abogados externos y externos, entre otros. c) Los clientes y contratantes que intervengan en el proceso de contratación, ejecución, administración 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 celebren convenios de cooperación para el desarrollo de actividades de docencia, investigación, prestación de servicios de salud, entre otros. e) A la UIAF. Finalmente, a cualquier otra persona, pública o privada, que, en virtud de la autorización de hacer de datos para efectos de la prevención y control de lavados, la naturaleza 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.

C. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES. Que en determinadas situaciones se requiera realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

D. DATOS SENSIBLES. Que sin facultativo(a) responder a las preguntas que en han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. He comprendido en he sido informado(a) de que no hay ninguna obligación de suministrar dicha información, por lo cual autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos a mi salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del proceso contractual del cliente o contratante, 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 004 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen lo mismo.

E. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información que se hayan recogido sobre mi.

F. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIÓN. Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, donde tengo un contrato de prestación de servicios de salud. Así mismo, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de sus funciones y de objeto social y del numeral anterior, serán: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Cundinamarca (601) 730-32 80) y cualquier otra persona, natural o jurídica, que la administración de base de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

G. AUTORIZACIÓN. De manera expresa, AUTORIZO(AMOS) el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y aquellos, de ser necesario, la transferencia necesaria e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

FIRMA (S) DE LA(S) PERSONA(S) NATURAL(ES) O REPRESENTANTE LEGAL. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SE SUMINISTRA EN EL PRESENTE FORMULARIO ES VERAZ Y VERIFICABLE. ENTIENDO QUE CUALQUIER INEXACTITUD PUEDE ACARREAR LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

Jennifer Osorio Neto

Firma Cliente - Representante Legal

Huella Índice Derecho

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en lasnormas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE- INDEPENDIENTE	
CC- 1024509328 JENNIFER OSORIO NIETO	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**156**
Fecha Afiliación:	**01/12/2011**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 24 de JUNIO de 2024 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JENNIFER OSORIO NIETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.509.328**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Junio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Osorio	Nieto	Jennifer

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1024509328	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES 09 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 33 7 99 este bl 2 ca 1 san mateo

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO 3028591346 EMAIL jenniferosubredcentrooriente@gmai

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	2007
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 - 12 38 SUR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 - 12 37 SUR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 - 12 37 SUR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 - 12 37 SUR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 - 12 37 SUR					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	28	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 12 38					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	29	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC						*DIRECCIÓN* CALLE 12 A 43 11					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CRA 212 38					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 12 38					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	03	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4431790	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	06	*Año* 2017	*Día*	13	*Mes*	06	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 66 15 41						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento JUNIO 6/2024.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2023 - 31/12/2023

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Jennifer Osorio Nieto

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1024509328 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CALLE 33 7 99 este bl 2 ca 1 san mateo TELÉFONO: 3028591346

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
HANNAH MICHELLE TRUJILLO OSORIO	1011207308	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	$32.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$32.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	477300044369	AV 68	0

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	
Jennifer Osorio Victo	Bogotá - 27/06/2021.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

Soacha, 2 4 de JUNIO de 2024

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo JENNIFER OSORIO NIETO, identificado(a) con cedula No. 1024509328 de BOGOTA, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: AUXILIAR DE ENFERMERIA, 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,

Jennifer Osorio Nieto

C.C. 1024509328.

Soacha, 24 de JUNIO de 2024

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

Yo JENNIFER OSORIO NIETO, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1024509328 de BOGOTA, 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,

Jennifer Osorio

C.C. No. 1024509328 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	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: JENNIFER OSORIO NIETO

N° Documento: 1.024.509.328

Fecha de Nacimiento: 3 0 / 0 9 / 1 9 9 0

Dirección: KR 1 # 30 237

Teléfono. Fijo – Celular: 3028591346

E-mail: jenniferosubredcentrooriente@gmail.com

EPS: NUEVA EPS

AFP: PORVENIR

Firma Contratista: Jennifer

.....

DATOS INSTITUCIONALES

AUXILIAR DE ENFERMERIA

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: 01/07/2024

Fecha Finalización:

Valor mensual: $2.400.000.oo

Valor Total:

VoBo Área Contratación

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: 05/07/2022 Hora: _____

Firma responsable Afiliación: Jennifer

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

Medellín, 10 de july de 2024

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

CERTIFICA:

Que JENNIFER OSORIO NIETO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1024509328 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 11/07/2024 **Fecha fin cobertura:** 09/12/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

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

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

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

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

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

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

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

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

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

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 10/07/2024 4.46 PM

Dirección IP: 38.52.157.29, 192.230.90.7, 172.16.42.57

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

Soacha 24 JUNIO 2024

Señores:

FUNDACION SAN MATEO SOACHA

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente;

Firma Jennifer Osorio

N° Documento 1245093228

Tarjeta Profesional N° 1245093228

Dirección de contacto Cl 1 30 237

Teléfono 3028594346.

Yo JENNIFER OSORIO NIETO , identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1024509328, expedida en BOGOTA ,en mi condición de funcionario de la ESE Región 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 ESE Región de Salud Soacha y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las funciones legales. **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 servidor público, respecto del acceso, consulta y uso de la informaciónconfidencial que produce y administra la ESE Región de Salud Soacha. **CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del servidor Público**.** Como empleado de la ESE Región de Salud Soacha, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión de la ejecución de mis funciones y a no divulgar a terceras personas sin autorización del jefe 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 lainformación confidencial. Igualmente, no utilizaré la información confidencial de forma que pudiere causarperjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la ESE Región de Salud Soacha. **ParágrafoPrimero.** Como empleado responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y mesometeré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos**.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:**

Utilización de la información**:** Como empleado de la ESE Región 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 respuestade creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debecumplir 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 que tengannecesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso que se les entregué información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de lostérminos 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) informare al Adminsitrador 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 lasacciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:**

Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del nombramiento, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del nombramiento.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 24 días, del mes de JUNIO del año 2024

Firma y huella

3205741346

Celular No.

Correo institucional

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.

Soacha, 24 JUNIO de 2024.

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

Yo JENNIFER OSORIO NIETO con C.C.1024509328 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,

Jennifer Osorio
C.C. 1024509328.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20-04-21	Sinovac	E202102011	VACUNACIÓN COVID 19 E.S.E. Municipal de Soacha Julio César Peñaloza		
	2	07-12-21	Sinovac	M202103011	VACUNACIÓN COVID 19 E.S.E. Municipal de Soacha Julio César Peñaloza		
		20-01-22	Sinovac	B202109142	VACUNACIÓN COVID 19 E.S.E. Municipal de Soacha Julio César Peñaloza		

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Jennifer

Apellidos: Osorio Nieto

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

No. 1024509328

Fecha de nacimiento: Día 30 Mes 09 Año 1990

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	JENNIFER
Apellidos	OSORIO
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No. 1024509378
Fecha de Nacimiento:	Día: 30 Mes: 09 Año: 1996

IPS VACUNACION
Tels: 608 71 14
Cod SDS. 110011791001
NIT: 900171514 - 1

Cortesía de
BIOTOSCANA S.A.

SU ÁNGEL PROTECTOR EN SALUD

CARNET DE VACUNACIÓN



Nombre	Jenyer Osorio
Dirección	
Teléfono	
H.C.	
Entidad Vacunadora	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	13.03.09	891361	LUZ
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	07-04-110		Carina
	2	13-AGO	ZUIU 024	L80020 EN-02-512
	3	13-Feb-101		Carina
	4	15/06/2012		HUH
	5	18/oct/2019		Jenyer
Contra Hepatitis B	1	28-06-2016		
	2	14 20 16 2 66	Maria	
	3	30/06/19	E525625620	Jenyer

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	15/01/2012			HUH
Contra Influenza	16/07/18	AB30601	ZUIU	Jenyer
	AH1N1	TB AGO		
	19/05/16	L-38861119		Camila Lopez
Otras	Sarampion 28/06/2018	00N7002		
		B011/9		Red Norte
Influenza	26/06/19	vacio		Red Norte

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B HEPAVAX GENE*	1a	25-07-09	2061106	
	2a	18-03-09	2061103	Carina
	3a	26-08-16	143402I	Patricia
	1.	Sep 17/19	522	

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS A EPAXAL*	1			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
TRIPLE VIRAL MORUPAR*	1			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
INFLUENZA AGRIPPAL* S1	1	7/05/20	U5020001	ESE Monitoria

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA VARILLA VACUNE-GEN*	1	13-Sep-16	510M72	Patricia

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
OTRAS influenza	1	25/05/21	652284	

CLINISUR IPS 1 LTDA

NÚMERO
0000304354

Clinisur IPS Ltda.

Nit. 900.148264-9 Codigo del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: PARTICULAR FECHA 11/08/2023

PREOCUPACIONAL O INGRESO ✓ POS-OCUPACIONAL O EGRESO PERIÓDICO

NOMBRE Y APELLIDO: JENNIFER OSORIO NIETO c.c 1024509328

EDA: 30 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	✓	Exámenes de laboratorio	SI NO ✓
Visiometría		Glic Col Trigli Otros	
Optometría		¿Cuáles?	
Audiometría			
Espirometría		Énfasis Osteomuscular	✓
		Otros	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el dia de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ✓

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS			✓
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			✓

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/ USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR

OBSERVACIONES: NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)/ NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI NO ¿Cual?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Huella

Didier J. Rincón Castro
Médico Cirujano C.C. 72.0[illegible]
Médico Laboral
Lic. C[illegible] RES 0[illegible]

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 288

FUNDACIÓN SAN MATEO
Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

En Soacha, Cundinamarca, a los Veintidós (22) días del mes de Junio del año 2010. Se reunieron en las instalaciones de la institución la Dirección General, Académica y Secretaría General con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado de la **FUNDACIÓN SAN MATEO**, persona jurídica identificada con Nit. 832.008.253-1, autorizada mediante Acuerdo No. 48 del Ministerio de Salud de febrero 12 de 2002 y Resolución No. 006253 de diciembre 9 de 2002 expedida por la secretaría de Educación de Cundinamarca.

Comprobado el cumplimiento de los requisitos legales y académicos pertinentes, así como la culminación satisfactoria de los estudios curriculares, con una intensidad de mil ochocientas (1800) horas se confiere el certificado de:

APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Al Graduando:

Jennifer Osorio Nieto
C.C. 1.024.509.328 de Bogotá

Dado en Soacha, Cundinamarca, a los veintiséis (26) días del mes de Junio del año 2010 anotado en el folio Nº 14 del libro No. 1, de Registro de Graduaciones de la FUNDACIÓN SAN MATEO.

LUZ ADRIANA PATIÑO C.
DIRECTORA GENERAL

JENNY LIZETH BELLO M.
SECRETARIA GENERAL

LUZ MARINA QUINTERO P.
DIRECCION ACADEMICA

La República de Colombia

y en su nombre

Fundación San Mateo

Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Soacha - Cundinamarca

Aprobación Oficial Autorizada Mediante Acuerdo No. 48 del Ministerio de Salud de febrero 12 de 2002 y Resolución No. 006253 de diciembre 9 de 2002 expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca.

Comprobado el Cumplimiento de los Requisitos Legales y Académicos Pertinentes, Así como la Culminación Satisfactoria de los Estudios Curriculares con una intensidad de mil ochocientas (1800) horas se confiere el certificado a:

Jennifer Osorio Nieto

C.C. 1.024.509.328 De Bogotá

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Técnico en

Auxiliar de Enfermería

Dado en Soacha, Cundinamarca,a los Veintiséis (26) días del mes de Junio del año 2010 anotado en el Folio 14 del libro No. 1 de Registro de Graduaciones de la Fundación San Mateo.

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1024509328	JENNIFER		OSORIO	NIETO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JENNIFER OSORIO NIETO identificado(a) con CC 1024509328 registra La siguiente información:

2024-06-24--8:22:59 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Titulación	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Ejercicio Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012-01-30	680	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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

HTG
Health Training Group S.A.S
Asesorías y capacitaciones

CERTIFICA QUE:

JENNIFER OSORIO NIETO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO

CC 1.024.509.328

ASISTIÓ AL CURSO.

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDADAD DE 40 HORAS

Guías de lectura, de 10 de Abril de 2023 al 11 de Abril de 2023. Taller virtual los días 12 y 13 del mes de Abril de 2023. Taller práctico 14 de Abril de 2023, Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art 42,90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015, capacitación teórico-práctica acorde a los estándares nacionales en educación continua e informal.
Lo anterior se firma en Bogotá D.C, el día 15 del mes de Abril del 2023.

Con una validez de 2 años

Edinson Osorio
Director General

Carolina Martínez Arroyo
Subdirectora.

Healthtraininggroup2018@gmail.com
WhatsApp 3206052534-Cel : 3144355976
NIT: 901160737-3

HTG
Health Training Group s.a.s
Asesorías y capacitaciones

CERTIFICA QUE:

JENNIFER OSORIO NIETO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO

CC 1.024.509.328

ASISTIÓ AL CURSO.

MANEJO DEL DUELO

CON UNA INTENSIDADAD DE 40 HORAS

Guías de lectura, de 10 de abril de 2023 al 11 de abril de 2023. Taller virtual los días 12 y 13 del mes de abril de 2023. Taller práctico 14 de abril de 2023, Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art 42,90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015, capacitación teórico-práctica acorde a los estándares nacionales en educación continua e informal.
Lo anterior se firma en Bogotá D.C, el día 15 del mes de abril del 2023.

Con una validez de 2 años

Edisson Osorio
Director General

Subdirectora.

Healthtraininggroup2018@gmail.com
WhatsApp 3206052534-Cel: 3144355976
NIT: 901160737-3

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

JENNIFER OSORIO NIETO

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: junio 26, 2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

WORLD SERVICE AC

HACE CONSTAR QUE:

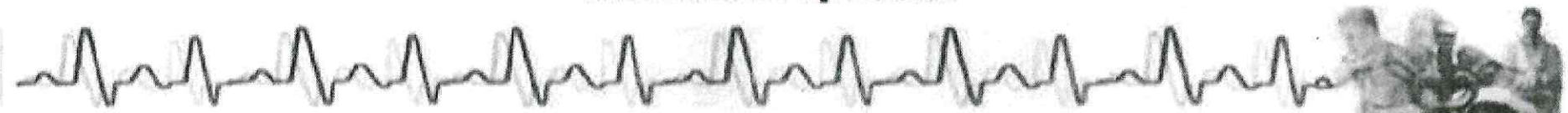
JENNIFER OSORIO NIETO
C.C. 1024509328 DE BOGOTÁ

Asistió y adquirió conocimientos y habilidades con el Curso Taller de **SOPORTE VITAL BASICO**, realizado desde el día veintitrés (23) de Mayo de 2022 con una intensidad de (20) Horas.

Dado en Engativá (Cundinamarca) a los veintitrés (23) días del mes de Mayo de dos mil veintidós 2022

La anterior se expide amparada en el Art. 38 del Decreto 2888 de 2007.

CESAR GERMAN CASTAÑEDA NARANJO
Coordinador Operativo





"POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA"
Carrera9 Nº 12 - 58 Barrio Chapinero
Telefonos: 316 505 45188 - 300 728 7138 - 316 412 3060 - 8666929

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN	CÓDIGO: U110R-FO615 FECHA: 22/06/2016 VERSIÓN: SIETE (7)

CONSECUTIVO No. 3158

EL SUSCRITO DIRECTOR DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA

DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 de abril 06 de 2016 se reorganizo el Sector Salud en el Distrito Capital, el cual consagra en su Artículo 5 la subrogación en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas; revisados los archivos de la Oficina de Contratación de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. se encontró que el (la) señor(a) de **OSORIO NIETO JENNIFER** , como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** identificado (a) con C.C. Núm. **1.024.509.328**, tiene con la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. varias órdenes de Prestación de Servicios. Sin que exista solución de continuidad en su ejecución, desarrollando las obligaciones pactadas con autonomía técnica, Administrativa y sin subordinación laboral alguna 23 de junio del 2017 teniendo un contrato vigente CPS 3492 del 2019

Su cps, tiene un valor mensual de un millon quinientos noventa y siete mil pesos ($1.597.000)

La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. el 13 de Junio de 2019.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que trata los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Lidia Hemilet Cala Celis
Directora de contratación

Carol Perez Viafara

Calle 66 # 15-41
contratación@subrednorte.gov.co
Tel.:4431790 Ext-1036
Nit: 900971006-4

Escaneado con CamScanner

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA -NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **JENNIFER OSORIO NIETO** identificada con cedula de ciudadanía **No. 1.024.509.328** de Bogotá D.C, ha suscrito con la entidad el siguiente contrato de prestación de servicios en su condición de contratista en el desarrollo de actividades contractuales y dentro del marco legal previsto por la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

➢ **CONTRATOS SUSCRITOS EN EL AÑO 2020**

CONTRATO No.	No 242 - 2020
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DENTRO DE LA ESTRATEGIA CUADRANTES SALUDABLES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 157 DE 2020, CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	SIETE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($7.250.000)
ADICIÓN No. 1	UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($1.450.000)
ADICIÓN No. 2	CUATROCIENTOS MIL PESOS ($400.000)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	NUEVE MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE ($9.100.000)
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	CINCO (5) MESES
PRORROGA No. 1	UN (1) MES
PLAZO TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO:	DOS (2) DE MARZO DE 2020
FECHA DE INICIAL DE TERMINACIÒN:	TREINTA (30) DE AGOSTO DE 2020
ESTADO:	TERMINADO

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

CONTRATO No.	No 587 - 2020
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DENTRO DE LA ESTRATEGIA CUADRANTES SALUDABLES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 157 DE 2020, CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA- SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA.
VALOR DEL CONTRATO:	UN MILLON SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($1.680.000)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	VEINTISIETE (27) DIAS
FECHA DE INICIO:	CUATRO (4) DE SEPTIEMBRE de 2020
FECHA DE TERMINACIÒN:	TREINTA (30) DE SEPTIEMBRE DE 2020
ESTADO:	TERMINADO

CONTRATO No.	No 774 - 2020
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES D PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACUERDO AL CONTRA INTERADMINISTRATIVO NO. 994 DE 2020, SUSCRITO ENTRE MUNICIPIO DE SOACHA – SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRE SOCIAL DEL ESTADO ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CES PEÑALOZA.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	CINCO MILLONES CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($5.040.000)
Adición No. 1	NOVECIENTOS TRECE MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS M/ ($913.044)

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	CINCO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($5.953.044)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	VEINTITRES (23) DIAS Y DOS (2) MESES
FECHA DE INICIO:	OCHO (8) DE OCTUBRE DE 2020
FECHA DE TERMINACIÒN:	TREINTA (30) DE DICIEMBRE DE 2020
ESTADO:	TERMINADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los ocho (8) días del mes de marzo de 2021.

ANGÉLICA CASTAÑO CASTILLO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Y. Cathrine Ditta Morato-Abogada contratista
revisó: Ángela Rodríguez Urrego – Abogada- Oficina Jurídica

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA -NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **JENNIFER OSORIO NIETO** identificada con cedula de ciudadanía **No. 1.024.509.328 de Bogotá D.C**, ha suscrito con la entidad el siguiente contrato de prestación de servicios en su condición de contratista en el desarrollo de actividades contractuales y dentro del marco legal previsto por la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

- **CONTRATOS SUSCRITOS EN EL AÑO 2021**

CONTRATO No.	No 173- 2021
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE ACUERDO CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 950 DE 2021,SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	CINCO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($5.940.000)
ADICIÓN No. 1	DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL PESOS M/CTE ($2.970.000)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	OCHO MILLONES NOVECIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE ($8.910.000)
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:	QUINCE (15) DÍAS Y DOS (2) MESES
PRÓRROGA No. 1	UN (1) MES
PRÓRROGA No. 2	VEINTINUEVE (29) DÍAS
PLAZO TOTAL DE EJECUCIÓN:	CATORCE (14) DÍAS Y CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO:	DIECISIETE (17) DE MARZO DE 2021

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

FECHA DE TERMINACIÒN:	VEINTINUEVE (29) DE JULIO DE 2021
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA:	TREINTA (30) DE JUNIO DE 2021
ESTADO:	TERMINADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los veinticinco (25) días del mes de agosto de 2021.

ANGÉLICA CASTAÑO CASTILLO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Y. Cathrine Ditta Morato- Abogada Contratista
Revisó: Ángela Rodríguez Urrego – Abogada- Oficina Jurídica

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA -NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **JENNIFER OSORIO NIETO** identificada con cedula de ciudadanía **No. 1.024.509.328 de Bogotá D.C**, ha suscrito con la entidad el siguiente contrato de prestación de servicios en su condición de contratista en el desarrollo de actividades contractuales y dentro del marco legal previsto por la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

- **CONTRATOS SUSCRITOS EN EL AÑO 2021**

CONTRATO No.	No 475- 2021
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE ACUERDO CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 950 DE 2021,SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR DEL CONTRATO:	UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($1.980.000)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	DIECISIETE (17) DÍAS
FECHA DE INICIO:	TRECE (13) DE JULIO DE 2021
FECHA DE TERMINACIÒN:	VEINTINUEVE (29) DE JULIO DE 2021
ESTADO:	TERMINADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los veinticinco días del mes de agosto de 2021.

ANGÉLICA CASTAÑO CASTILLO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Y. Cathrine Ditta Morato- Abogada Contratista
Revisó: Ángela Rodríguez Urrego – Abogada- Oficina Jurídica

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **JENNIFER OSORIO NIETO,** quien se identifica con cedula de ciudadanía **No. 1024509328**, suscribió con la entidad, durante la vigencia 2021, el siguiente contrato, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, el cual se describe así:

CONTRATO No.	No. 843-2021
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE ACUERDO CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 2969 DE 2021,SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($1.980.000)
FECHA DE INICIO:	05 DE OCTUBRE DE 2021
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE OCTUBRE DE 2021
ADICIÓN	N/A
PRORROGA	N/A
ESTADO:	TERMINADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha –Cundinamarca a los ocho (08) días del mes de abril de 2022.

HÉCTOR ANDRÉS CENDALES MOLANO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Nhora Marcela Mendoza Sánchez- Abogada- Oficina Jurídica

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **JENNIFER OSORIO NIETO,** quien se identifica con cedula de ciudadanía **No. 1024509328,** ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2021, el siguiente contrato de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, el cual se describe así:

CONTRATO No.	**No. 1043-2021**
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE ACUERDO CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 3416 DE 2021,SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 2.970.000
PLAZO DE EJECUCIÓN:	33 DIAS
FECHA DE INICIO:	12 de noviembre de 2021
FECHA DE TERMINACIÒN:	15 de diciembre de 2021
ADICIÓN	$ 1.355.870
PRORROGA	Hasta el dia 30 de diciembre de 2021
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los veintiocho (28) días del mes de enero de 2022.

HÉCTOR ANDRÉS CENDALES MOLANO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Cenaida Martinez González–Apoyo Administrativo

	DE SOACHA - SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTIDOS ($3,156,522)
FECHA DE INICIO:	NUEVE (09) DE AGOSTO DE 2021
FECHA DE TERMINACIÒN:	VEINTIOCHO (28) DE AGOSTO DE 2021
ESTADO:	TERMINADO

4.

CONTRATO No.	No. 790-2021
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 2969 DE 2021 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA – SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($6.000.000)
FECHA DE INICIO:	NUEVE (09) DE SEPTIEMBRE DE 2021 Mal CONTADO.
FECHA DE TERMINACIÒN:	TREINTA Y UNO (31) DE OCTUBRE DE 2021
ESTADO:	TERMINADO

5.

CONTRATO No.	No. 992-2021
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE ACUERDO CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 3416 DE 2021,SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($4.950.000)

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

FECHA DE INICIO:	DOCE (12) DE NOVIEMBRE DE 2021
FECHA DE TERMINACIÒN:	QUINCE (15) DE DICIEMBRE DE 2021
ESTADO:	TERMINADO

- **CONTRATOS SUSCRITOS EN EL AÑO 2022**

CONTRATO No.	No. 087-2022
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 3416 DE 2021 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA — SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	DIECINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($4.950.000)
FECHA DE INICIO:	SIETE (07) DE ENERO DE 2022
FECHA DE TERMINACIÒN:	TREINTA (30) DE JUNIO DE 2022
ESTADO:	EN EJECUCIÓN

Se expide las presentes certificaciones a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los tres (03) días del mes de marzo de 2022.

HECTOR ANDRES CENDALES MOLANO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Camilo Andres Sierra L- Abogado Contratista

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **JENNIFER OSORIO NIETO,** quien se identifica con cedula de ciudadanía **No.1024509328,** ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2022, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

CONTRATO No.	**No. 361-2022**
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 2240 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR DEL CONTRATO:	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS ($4,356,000.00)
PLAZO DE EJECUCION:	47 DIAS
FECHA DE INICIO:	15 DE JULIO DE 2022
FECHA DE TERMINACIÒN:	31 DE AGOSTO DE 2022
ESTADO:	EN EJECUCION

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los veintidós (22) días del mes de agosto de 2022.

DAISELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Cenaida Martínez González – Apoyo Administrativo

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **JENNIFER OSORIO NIETO** quien se identifica con cedula de ciudadanía **No.1024509328** ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2022, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

CONTRATO No.	**No. 533-2022**
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 2240 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE. ($4,356,000.00)
ADICION No. 1:	UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE. ($1,420,435.00)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	CINCO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE. ($5,776,435.00)
PLAZO INICIAL DE EJECUCION:	DOS (02) MESES
PRORROGA No. 1:	N/A
PLAZO TOTAL DE EJECUCION	DOS (02) MESES
FECHA DE INICIO:	PRIMERO (01) DE SEPTIEMBRE DE2022
FECHA DE TERMINACIÒN:	TREINTA Y UNO (31) DE OCTUBRE DE 2022
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca el primer (01) dia del mes de diciembre de 2022.

DADELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Cenaida Martinez González – Apoyo Administrativo OPS
Revisó: Nicolás Andrés Mendoza Chavarro – Abogado Contratista