| 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:** Jenny Carolina Tibata Tocarruncho

**CARGO:**

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CUMPLE | | | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | N/A | |
| | **GESTION DEL TALENTO HUMANO** | | | | |
| 1 | Propuesta de servicios dirigida al gerente | X | | | |
| 2 | Hoja de vida en pdf (actualizada con foto) | X | | | |
| 3 | Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería | X | | | |
| 4 | Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años | N/A | | | |
| 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) | N/A | | | |
| 10 | RUT Actualizado | X | | | |
| 11 | Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo. | X | | | |
| 12 | Certificado actual de afiliación EPS | X | | | |
| 13 | Certificado actual de afiliación fondo de pensiones | X | | | |
| 14 | Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II | X | | | |
| 15 | Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II | X | | | |
| 16 | Formato de oferta de prestación de servicios | X | | | |
| 17 | Formato de indemnidad | X | | | |
| 18 | Formato de ARL | X | | | |
| 19 | Autorización manejo de datos personales (habeas data) | X | | | |
| 20 | Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información | X | | | |
| 21 | Formato de Inhabilidades e incompatibilidades | X | | | |
| 22 | Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales) | X | | | |
| 23 | Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo | X | | | |
| 24 | Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo | X | | | |
| 25 | Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años | X | | | visiometria |
| | **SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO** | | | | |
| 26 | Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado | X | | | |
| 27 | Técnico *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 28 | Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 29 | Profesional *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 30 | Especialización *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 31 | Maestría *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 32 | Tarjeta profesional | | | | |
| 33 | Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca | X | | | |
| 34 | ReTHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales) | X | | | |
| 35 | Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros | | | | |
| | **CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES** | | | | |
| 36 | Atención a victimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial) | X | | | |
| 37 | Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales) | X | | | |
| 38 | Manejo del duelo (Asistenciales) | X | | | |
| 39 | Inducción – reinducción corporativa (Todos) | X | | | falto. |
| | **AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLÓGICAS** | | | | |
| 40 | Soporte vital básico con fecha de vigencia | | | | |
| 41 | Toma de muestra con fecha de vigencia | | | | |
| | **JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLÓGICAS** | | | | |
| 42 | Toma de muestra con fecha de vigencia | | | | |
| 43 | Soporte vital avanzado con fecha de vigencia | | | | |
| | **MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLÓGICAS** | | | | |
| 44 | Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia | | | | |
| 45 | Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría) | | | | |
| 46 | Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos. | | | | |
| | **MEDICO URGENCIOLOGO** | | | | |
| 47 | Certificado en formación de sedación | | | | |
| | **ODONTOLOGO** | | | | |
| 48 | Certificado radio protección * Vigencia 2 años | | | | |
| | **AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD** | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 49 | Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador | X | | | | |
| 50 | Toma de muestra con fecha de vigencia | | | | | |
| | **JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD** | | | | | |
| 51 | Retiro e inserción DIU | | | | | |
| 52 | Retiro e inserción JADELLE | | | | | |
| 53 | Certificado de formación en toma de citología | | | | | |
| 54 | Soporte vital avanzado | | | | | |
| | **MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD** | | | | | |
| 55 | Soporte v tal avanzado | | | | | |
| | **CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS** | | | | | |
| 56 | Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia | | | | | |
| 57 | Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia | | | | | |
| 58 | Registro único nacional de tránsito RUNT | | | | | |
| 59 | Licencia de conducción | | | | | |
| 60 | Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito | | | | | |
| 61 | Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años. | | | | | |
| | **AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA** | | | | | |
| 62 | Soporte vital básico | | | | | |
| 63 | Primeros Auxilios | | | | | |
| 64 | Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT) | | | | | |
| | **INGENIERO BIOMEDICO** | | | | | |
| 65 | Certificado del registro INVIMA | | | | | |
| | **SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO** | | | | | |
| 66 | Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea | | | | | |
| 67 | Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT) | | | | | |
| | **RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)** | | | | | |
| 68 | Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años. | | | | | |
| 69 | Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre) | | | | | |
| | **SERVICIO DE ALIMENTACION** | | | | | |
| 70 | Certificación de manipulación de alimentos | | | | | |
| 71 | Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH. | | | | | |
| | **MANTENIMIENTO** | | | | | |
| 72 | Certificado curso de alturas | | | | | |
| 73 | Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año. | | | | | |
| | **EXPERIENCIA LABORAL** | | | | | |
| 74 | Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado | X | | | | |
| Nombre y firma de quien verifica la documentación: | | | | | | |

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

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

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

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

Carlos Cardozo

**COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O**
**QUIEN HAGA SUS VECES**

Soacha, 8 de julio de 2024

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

Cordialmente,

Jenny C. Tibata T.

**JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO**
Nombre del Contratista
CC: 52730661
Dirección: KR 86 D 42 G 48 SUR
Email: jennytibata.sac Gmail.com
Teléfono/ Celular: 3202392624

**JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO**
**Celular: 3228270295 - 3202392624**

**e-mail: jennytibata.sac@gmail.com**



PERFIL PROFESIONAL

## TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Soy una persona honesta, comprometida, responsable y dedicada a mis labores, con buena actitud para el trabajo en equipo, como profesional me considero analítica y proactiva cuento con experiencia en Atención Primaria en Salud, programas de promoción y prevención, atención al cliente, área administrativa, vacunación, salud pública, Territorios Saludables, hospitalización, medicina interna, ortopedia, urgencias, APH atención pre hospitalaria en ambulancia.

## INFORMACION GENERAL

| | |
|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO | 25 de junio 1982 Bogotá |
| CEDULA DE CIUDADANIA | 52.730.661 de Bogotá |
| EDAD | 41 AÑOS |
| ESTADO CIVIL | SOLTERA |
| DIRECCION | Kr 86 D 42 G 48 sur |

### ESTUDIOS REALIZADOS

**SUPERIORES**

Julio de 2002

Escuela de Auxiliares de Enfermería E.S.A.E.
Técnico en auxiliar de enfermería

Corporación Universitaria Minuto de Dios UNIMINUTO
Estudiante Profesional de Psicología
Noviembre

Tercer semestre Aplazado.
2015

**SEGUNDARIOS**

Diciembre de 2001

Gimnasio del Perpetuo Socorro
Bachiller Académico

Powered by CamScanner

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

**ESTRUCTURA E IMPLEMENTACION DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS EN SALUD (RIIS) SENA – ACESI**

Curso de formación virtual 40 horas
OCTUBRE 2023

**DERECHO A LA SALUD**

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA A DISTANCIA UNAD
Curso de formación virtual 144 horas
JUNIO A SEPTIEMBRE 2023

**GESTOR COMUNITARIO EN SALUD OIM**

OIM ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES
ABRIL 2021

**MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA**

Curso de formación virtual 48 horas
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Marzo 2021

**DESARROLLO DE HABILIDADES EN SALUD EN LIDERES COMUNITARIOS**

Curso de formación virtual 48 horas
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Septiembre 2019

**TALLER DE ALOJAMIENTO TEMPORALES DESARROLLADO EN EL MARCO DE LA SEGUNDA MESA TECNICA DEL GIFMM (Bogotá).**

Taller de formación 40 horas
OIM Organización Internacional para las Migraciones
Mayo 2019

**ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES**

Curso de formación virtual 40 horas
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Diciembre 2018

**ACCIONES BASICAS PARA LA ATENCION DE UNA PERSONA CON AFECTACION DE LA SALUD (soporte vital básico).**

Curso de formación virtual 40 horas
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Abril 2017

**JORNADA DE SOCIALIZACION DE ASPECTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)**

OIM Organización Internacional para las Migraciones – Ministerio de Salud
Enero 18 – 22 / 2016

Powered by CamScanner

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC Módulo Ámbito Familiar**
Curso de formación virtual 50 horas
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA- FACULTAD DE MEDICINA
FEBRERO 2013.

**TALLER DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA-ESTRATEGIA DE SALUD MATERNO INFANTIL**
ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL 8 HORAS ABRIL
2012.

**DIPLOMADO DE URGENCIAS Y ATENCION PRE- HOSPITALARIA**
CRUZ ROJA SECCIONAL BOGOTA 160 HORAS MAYO 26 A
5 DICIEMBRE 2008.

**ENCUENTRO SOCIAL Y COMUNITARIO POR EL DERECHO A LA SALUD EN BOGOTA**
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 16 HORAS
5 Y 6 DICIEMBRE DE 2011

**REANIMACION CARDIO PULMONAR II**
CURSO TALLER MASIVO 10 HORAS
INGABO 25 DE JUNIO 2010.

**PRIMER RESPONDIENTE**
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 08 HORAS FEBRERO
21 2009.

**ENCUENTRO SOCIAL Y COMUNITARIO POR EL DERECHO A LA SALUD EN BOGOTA**
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 16 HORAS
5 Y 6 DICIEMBRE DE 2011

**CURSO DE COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA**
E.S.E. Hospital San Cristóbal 25 DE FEBRERO de 2009

**SOPORTE VITAL BASICO.**
CRUZ ROJA SECCIONAL BOGOTA 20 HORAS SEPTIEMBRE
10 AL 13 2008.

**II CONGRESO LATINOAMERICANO DE SALUD Y GESTION DEL RIESGO**
VIII SIMPOSIO DE MEDICINA DE URGENCIAS
CRUZ ROJA SECCIONAL BOGOTA 12 HORAS
SEPTIEMBRE 5 Y 6 2008.

**AGENTE COMUNITARIO EN SALUD, VIVIENDA SALUDADLE, S.E.N.A.**
noviembre 2007.

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital San Cristóbal noviembre de 2007

**ESTRATEGIA AIEPI – IAMI –IAFI-ERA** E.S.E.
Hospital San Cristóbal
Enero 31 de 2008. 16 horas

**CAPACITACION TRABAJO EN EQUIPO**
S.E.N.A. diciembre 2007.
E.S.E. Hospital San Cristóbal

**MANEJO DE PACIENTES CON TQM - GASTROSTOMIA**
Capacitación y actualización para Auxiliares de Enfermería.
CARE AND SERVICES Abril – Mayo del 2005

**CAPACITACION COMPUTACION Y SISTEMAS**
Gimnasio del Perpetuo Socorro Agosto - septiembre 1999

## EXPERIENCIA LABORAL

| | |
|---|---|
| EMPRESA | **FUNDACION SINERGIA Y SOCIEDAD** |
| JEFE INMEDIATO | Representante ERIKA DEL REAL SUAREZ |
| TELEFONO | 3142971257- 8158018 |
| CARGO | Gestora en Salud Publica en misión para OIM Organización internacional para las migraciones programa migración y salud |
| JEFE PROGRAMA | Héctor Sotelo Londoño |
| TELEFONO | 3182769689 |
| TIEMPO | enero 2023 – marzo 2024 |

| | |
|---|---|
| EMPRESA | **OIM Organización Internacional para las Migraciones** |
| JEFE INMEDIATO | Dra. Adriana Betancourt Salamanca |
| TELEFONO | 3102696269- 6397777 |
| CARGO | Técnico Vigilancia en Salud Publica |
| TIEMPO | abril 2019 – diciembre 2022 |

| | |
|---|---|
| EMPRESA | **Fundación Hematológica Colombia** |
| JEFE INMEDIATO | Dra. Claudia Calderón |
| TELEFONO | 7467888 |
| CARGO | Técnico Auxiliar de Enfermería |
| TIEMPO | agosto 2018 – Marzo 2019 |

| | |
|---|---|
| EMPRESA | **Colombiana de Asistencia** |
| JEFE INMEDIATO | Jefe. Andrea Mojica |
| TELEFONO | 7428117 |
| CARGO | Técnico en Emergencias Medicas |
| TIEMPO | septiembre 2017- Febrero 2018 |

Powered by CamScanner

EMPRESA **OIM Organización Internacional para las Migraciones**
JEFE INMEDIATO Dra. RAQUEL ROCHA
TELEFONO 6397777
CARGO VACUNADORA
TIEMPO Enero – septiembre 2016

EMPRESA **E.S.E HOSPITAL SAN CRISTOBAL**
JEFE INMEDIATO Dra. Francy Yuliana Prieto C
TELEFONO 2091480-3008660223
CARGO Auxiliar de enfermería
TIEMPO marzo 2007-marzo 2015

EMPRESA **CARE AND SERVICES LTDA**
JEFE INMEDIATO Janeth Andrade López
TELEFONO 2165114 – 2167141
CARGO Auxiliar de enfermería en misión para SOLEC TIEMPO
Marzo 2005- Diciembre 2006

EMPRESA **Servicio Especializado en transporte y Asistencia Medica E. U. S.E.T.A.M. E.U.**
JEFE INMEDIATO Jaime Alberto Enciso G.
TELEFONO 3114660055 - 3132078758
CARGO Auxiliar de enfermería
TIEMPO Septiembre 2004 - febrero 2005

EMPRESA **Ambulancias y Oxígenos Ltda.**
JEFE INMEDIATO Paola Muños del Portillo
TELEFONO 2121204 - 2111990
CARGO Auxiliar de enfermería
TIEMPO Enero 2004- Agosto 2004

## REFERENCIAS PERSONALES

MARIA ELIZABETH CUESTA
Enfermera
TEL: 3124189189

NIXON RICARDO RIVERO RUEDA
INDEPENDIENTE
TELEFONO: 3057474114

## REFERENCIAS FAMILIARES

Powered by CamScanner

ZHARY DAYAN TOCARRUNCHO MUNEVAR
Administradora de Empresas
TELEFONO: 3104543948

LADY JOHANA TORRES TOCARRUNCHO
Higienista Oral
TELEFONO: 3158238296 - 8213542

Jenny C. Tibata T.

**JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO**
**52.730.661 de Bogotá**

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.730.661



Apellidos
TIBATA TOCARRUNCHO

Nombres
JENNY CAROLINA

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.47 | F |

Fecha de nacimiento
25 JUN 1982

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
18 AGO 2000, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
14 OCT 2032

Firma

Jenny C. Tibata T.

.00

00636262 5

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL006362625015001<<<<<<<<<<<
8206255F3210145COL52730661<<<9
TIBATA<TOCARRUNCHO<<JENNY<CARO

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 245633421

PIB
12:44:15


Bogotá DC, 22 de abril 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) JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52730661:

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 22 de abril de 2024, a las 12:41:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 52730661 |
| Código de Verificación | 52730661240422124129 |

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 02:42:25 PM horas del 22/04/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52730661**

Apellidos y Nombres: **TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA**

**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, 08/07/2024 06:08:00 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52730661 .**

## 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. **97645813 .** La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14891272926

(415)7707212489984(8020) 000001489127292 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 5 2 7 3 0 6 6 1 | 1 | 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 | 5 2 7 3 0 6 6 1 | 2 0 0 0 0 8 1 8 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| TIBATA | TOCARRUNCHO | JENNY | CAROLINA |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 86 D 42 G 35 SUR

42. Correo electrónico: jennytibata.sac@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 2 8 2 7 0 2 9 5 | 3 2 0 2 3 9 2 6 2 4 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 0 2 0 7 3 1 | 8 2 9 9 | 2 0 0 2 0 7 3 1 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 26 / 07 : 30: 36

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

| | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

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

| FECHA: | 2024-07-08 | CIUDAD: | Soacha | DEPARTAMENTO: | Cundinamarca |
|---|---|---|---|---|---|

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las 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 | SERVIDOR PUB | OTRO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|---|
| | | X | | | Aux. enfemeria |

**1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| TIBATA | TOCARRUNCHO | JENNY | CAROLINA |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C. | NUIP | 52730661 | BOGOTA | 2000-08-18 |
| PASAPORTE | | OTRO | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI | NO |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1982-06-25 | BOGOTA | COLOMBIA | COLOMBIANA |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE V(A) | 3 | 1 | 3202392624 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| KR 86 D 42 G 48 SUR | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 3202392624 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| jennytibata.sac@gmail.com | | PROPIA | FAMILIAR | ARRENDADA X |

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

**2. DATOS DEL CONYUGE**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

**3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO | ESTUDIANTE | HOGAR | PENSIONADO | CUAL: | AUXILIAR DE ENFERMERIA |
| SOCIO | CONTRATISTA X | COMERCIANTE | EMPLEADO PUBLICO | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE | EMPLEADO SOCIO | | OTRA..... | | |

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

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

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

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | # NIT | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | GOBIERNO | | SERVICIOS | SALUD X | | 800006850-3 |

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA NANCIERA NSPORTE TOLOGIA ALNTOS MEDICENTOS

OTRA CUAL:

| | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| CL 13 10 48 | 7309230 | SOACHA CUNDINAMARCA | | |
| CARGO ACTUAL | Auxilar de enfermeria | | FECHA VINCULACION | |

**4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

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

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | $ 2.000.000 | GASTOS FAMILIARES | $ 1.200.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | | ARRIENDOS | | INVERSIONES * | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | $ 2.000.000 | TOTAL EGRESOS | $ 1.200.000 | 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 ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| CUESTA | PALACIOS | MARIA | ELIZABETH |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| PARQUE CAMPESTRE | SOACHA CUNDINAMARCA | AMIGA | 3124189189 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| BBVA | CUENTA DE AHORROS | .0187183835 | CHAPINERO | 6014010000 |

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:

IMPORTAC ☐ EXPORTACIO ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ TRA ☐ 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 entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

**9. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

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

| | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

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

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

**CONSIDERACIONES**

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

**AUTORIZACION**

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

**IX. FIRMA Y HUELLA**

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

Jenny P. Tibatá

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Indice Derecho**

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO identificado(a) con CC 52730661 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 21/09/2018 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 16 días del mes abril del 2024.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **52.730.661** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de abril de 2024.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024042212341

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* |
|---|---|---|
| Tibata | Tocarruncho | Jenny Carolina |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52730661 | *SEXO*: F ⊗ M ○ | *NACIONALIDAD*: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | *PAÍS*: COLOMBIA

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 18 MES 08 AÑO 2000

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CARRERA 86D 42G 48 SUR TINTALITO

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO 3202392624 EMAIL jennytibata.sac@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

***EDUCACIÓN 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*<br>FUNDACION SINERGIA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6018158018 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* | 2023 | *Día* | 14 | *Mes* | 04 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTOR EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA 3 11 15 CHIA | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1 | 3 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 1 | 3 |

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 __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Soacha. 10-07-2024.

Jenny C. Tibata T.

*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, Jenny Carolina Tibata Tocarruncho

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 52730661 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

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

DIRECCIÓN: CARRERA 86D 42G 48 SUR TINTALITO TELÉFONO: 3202392624

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| BRANDON ALEJANDRO TIBATA TOCARRONCHO | 1028494028 | 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 |
|---|---|
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0 |
| TOTAL | $0 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| BBVA | CUENTA DE AHORROS | 0187193835 | CHAPINERO | 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 | |
|---|---|
| Jenny C. Tabarés T. | Soacha 10.07.2024 |
| 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**

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

Soacha, 8 de Julio de 2024

## NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Jenny Carolina Tibatá Tocamocho, identificado(a) con cedula No. 52730661 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Auxiliar de Enfermería, 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,

Jenny C. Tibatá T.

C.C. 52730661

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

**Soacha,** 8 **de** 07 **de** 2024

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

Yo Jenny Carolina Tibata T., identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 52730661 de Bogotá, por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,

Jenny C. Tibata T.
C.C. No. 52730661 de Bogotá

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

**ARL POSITIVA**

**DATOS DEL CONTRATISTA:**

| | |
|---|---|
| Nombre y apellido: | JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO |
| N° Documento: | 52730661 |
| Fecha de Nacimiento: | 2 5 / 0 6 / 1 9 8 2 |
| Dirección: | KR 86 D 42 G 48 SUR |
| Teléfono. Fijo – Celular: | 3202392624 |
| E-mail: | jennytibata.sac@gmail.com |
| EPS: | Famisanar |
| AFP: | Protección |
| Firma Contratista: | Jenny C. Tibata T. |

.....

**DATOS INSTITUCIONALES**

Auxiliar de Enfermería.

**DATOS DEL CONTRATO:**

Fecha Inicio:

Fecha Finalización:

Valor mensual:

Valor Total:

VoBo Área Contratación

.....

**DATOS AFILIACION:**

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

.....

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

AXA COLPATRIA

# INGRESO INDEPENDIENTE

## DATOS DE LA EMPRESA

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

## DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| | |
|---|---|
| **Tipo de documento:** | C.C. |
| **Número de documento:** | 52730661 |
| **Nombre:** | JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO |
| **Fecha Inicio contrato:** | 10/07/2024 |
| **Fecha Fin contrato:** | 09/12/2024 |
| **Fecha Inicio cobertura:** | 13/07/2024 |
| **Número contrato:** | 12444 |
| **Nit empresa en misión:** | 0 |
| **Código Sucursal** | SUCURSAL 14 |
| **Centro de trabajo** | CTRAB 003 |
| **Fecha hora transacción:** | 12/07/2024 12:36:08 p. m. |

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

Soacha 8 Julio 2024

Señores:

ESAE Escuela de Auxiliares de Enfermera.

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Jenny C. Tibata Tocamucho 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 Enfermera

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Jenny C. Tibata T.

N° Documento 52730661

Tarjeta Profesional N° 52730661

Dirección de contacto Kr 86 D 42g 48 Sur.

Teléfono 3202392624

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PERSONAL DE PLANTA** | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: Jurídica y Talento Humano. | CÓDIGO | JUR_FTO_21 |
| | | VERSIÓN | 00 |
| | | VIGENCIA | 23/01/2023 |

Yo, Jenny Carolina Tibatá Tocamocho, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 52730661, expedida en Bogotá, 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 información confidencial 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 la información confidencial. Igualmente, no utilizaré la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la ESE Región de Salud Soacha. **Parágrafo Primero.** Como empleado responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos**.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:**

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO DE INHABILIDADES | | |
|---|---|---|---|
| | Proceso: Gestión del Talento Humano | CODIGO | TH_FTO_56 |
| | | VERSION | 00 |
| | | VIGENCIA | 04/05/2023 |

Soacha, 8 Julio de 2024.

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

Yo Jenny Carolina Tibata Tocamucho con C.C. 52730661 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,

Jenny C. Tibata T.
C.C. 52730661

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.

# Certificado Digital de Vacunación contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

# Colombia

## COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

**Nombres y apellidos** / Full name

JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO

| **Tipo de identificación** / ID Type | **Número de identificación** / ID Number |
|---|---|
| CC | 52730661 |
| **Fecha nacimiento** / Date of birth | **País nacimiento** / Country of birth |
| 25/06/1982 | CO-COLOMBIA |
| **Número de contacto (celular)** / Phone number | **Correo electronico** / e-mail |
| 0000000000 | |

Datos de vacunación / Vaccination detail

| | Primera | Segunda | Primer Refuerzo |
|---|---|---|---|
| Dosis / Dose number | | | |
| Lote / Vaccine Batch | CTMAV521 | NH0302 | NN0224 |
| Vacuna / Vaccine | ASTRAZENECA | ASTRAZENECA | ASTRAZENECA |
| Centro vacunador / Administering Center | SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE SAN MARCOS | SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE SAN MARCOS | BOGOTÁ - PROYECTAR SALUD SAS |
| Fecha de aplicación / Date of Vaccination | 30/03/2021 | 03/08/2021 | 05/01/2022 |
| País de vacunación / Country of Vaccination | CO-Colombia | CO-Colombia | CO-Colombia |
| Sello digital / Digital Stamp | En cola / In queue | En cola / In queue | En cola / In queue |
| Fecha de emisión del documento / Document issued | 11/10/2022 | 11/10/2022 | 11/10/2022 |

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

**El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

**Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.**

**Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el codigo QR que debe abrir la página**

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CAFAM

# CARNÉ DE VACUNACION

REGIMEN SUBSIDIADO

20

Jenny Tibata.
NOMBRE

25 | 6 | 82
D M A



| VACUNA | EDAD | DOSIS | FECHA APLICACION D M A | REFUERZOS EDAD | FECHA APLICACION REFUERZO D M A |
|---|---|---|---|---|---|
| TUBERCULOSIS (BCG) | Recien Nacidos | Una | | NO | |
| HEPATITIS B | Recien Nacidos | 1ª | 22/02/01 | NO | HB 011-02/02 |
| | 2do Mes | 2ª | 22/3/01 | | |
| | 6to Mes | 3ª | 23/4/01 | | |
| POLIO | 2do Mes | 1ª | | 18 Meses y 5 Años | |
| | 4to Mes | 2ª | | | |
| | 6to Mes | 3ª | | | |
| DIFTERIA TÉTANOS (D.T.P.) TOSFERINA | 2do Mes | 1ª | | 18 Meses y 5 Años | |
| | 4to Mes | 2ª | | | |
| | 6to Mes | 3ª | | | |
| FIEBRE AMARILLA | 1 AÑO | Para Zonas Selváticas | | SI | |
| ~~SARAMPION~~ RUBEOLA PAPERAS TD | 1 ~~AÑO~~ 1ro | ~~1ª~~ | 22/02/01. | 10 AÑOS | |
| HAEMOPHILUS ~~INFLUENZAE~~ | 2 ~~Mes~~ | 1ª | 22/03/01 | NO | |
| | ~~3 Mes~~ | 2ª | 22/04/05 | | |
| | ~~4 Mes~~ | 3ª | 22/07/06 | | |

5 09/04/2001

Forma VIII-97 F 4084

Scanned by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

**Certificado de Vacunación del Adulto**

Nombres: Yenny

Apellidos: Tibaita Escamuchi

Documento de Identidad: CC X TI PASA PORTE No. 52-230661

Fecha de Nacimiento: Día: 21 Mes: 06 Año: 1982

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | 19 04 05 | 300492 | Mayerly |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 25-1 04-3-06 | 8-3-1221 | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 01 04 07 | Y6235 | 10 Años | ilegible |
| Contra Influenza | 04 04 08 | D5069 | 1 año | ilegible |
| | 21 03 09 | 96104-1 | 1 año | ilegible Adulto |
| | 2 05 13 | M1062 | 1 año | ilegible Bogotá |
| Otras | | | | |

Scanned by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

# UMED LTDA. I.P.S.

**Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020**

NIT 830.015.894-4



## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

| | |
|---|---|
| **FECHA : 19/01/2022 HORA:10:43** | **EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO** |
| NOMBRES: JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO | DOCUMENTO: 52730661 EDAD: 40 GENERO: F |
| Empresa: INDEPENDIENTE | Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA Tel: 3138210593 |

### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | SI | | Respiratorio | SI | |
| Espirometria | NA | | Dermatologia | SI | |
| Audiometria | NA | | Osteomuscular | SI | |
| Visiometria | NA | | Cardiovascular | SI | |
| Optometria | NA | | Prueba de equilibrio | NA | |
| Electrocardiograma | NA | | Prueba Psicometrica | NA | |
| Psicologia Laboral | NA | | Radiologia Columna | NA | |
| Vacunas | NA | | Radiologia Torax | NA | |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | NA | | Parcial de Orina | NA | |
| Glicemia | NA | | RH Grupo Sanguineo | NA | |
| Colesterol | NA | | KOH Uñas | NA | |
| Trigliceridos | NA | | Frotis Faringeo | NA | |
| Serologia | NA | | Coprologico | NA | |

### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Apto Para Trabajos en Alturas | NA | Apto Para Trabajos en espacios Confinados | | | NA |
| Apto Para el cargo sin Restricciones | | | SI | Aplazado | NA |
| Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo | | | NA | No Apto Para Este Cargo | NA |
| Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel | | | NA | | |
| Examen PERIODICO Satisfactorio | NA | Examen de EGRESO Satisfactorio | | | NA |

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LIMITES NORMALES

### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Higiene Postural | SI | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas | NA |
| Pausas Activas | SI | Control Optometrico Periodico | SI | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
| Ergonomia del Puesto de trabajo | SI | Uso de Lentes Permanentes | SI | Valoración y Manejo en IPS | NA |
| Uso de Elementos de Protección Personal | SI | Uso de Lentes Visión Cercana | NA | Dieta - Ejercicio Fisico | NA |
| Valoracion por Medicina Laboral de EPS | NA | Control de Tension Arterial | NA | Control Espirometria | NA |
| Control Audiometrico | NA | Estilos de Vida Saludable | SI | Control Medico Ocupacional Anual | SI |
| | | | | | NA |

### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

**He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta. Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.**

| | | |
|---|---|---|
| NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ<br>LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019<br>Medico Especialista en Salud Ocupacional | Firma Trabajador<br>Jenny C. Tibata<br>C.C. No 52730661. | 2058 |

Nestor Raul Garzón Rodriguez
Medico Especialista U.N.
Reg. 6660 de 30/07/2019

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

**Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020**

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.1100105A5901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en [illegible] en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Se[illegible]



Nro. 69151

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA :** 11/07/2024. **HORA:** 07:22 | | **EXAMEN:** PREOCUPACIONAL O INGRESO | |
| NOMBRES: JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO | | DOCUMENTO: 52730661 | EDAD: 42 GENERO: F |
| Empresa: INDEPENDIENTE | | Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA | Tel: 3228270295 |

### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | SI | | Respiratorio | SI | |
| Espirometria | NA | | Dermatologia | SI | |
| Audiometria | NA | | Osteomuscular | SI | |
| Visiometria | SI | | Cardiovascular | SI | |
| Optometria | NA | | Prueba de equilibrio | NA | |
| Electrocardiograma | NA | | Prueba Psicometrica | NA | |
| Psicologia Laboral | NA | | Radiologia Columna | NA | |
| Vacunas | NA | | Radiologia Torax | NA | |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | NA | | Parcial de Orina | NA | |
| Glicemia | NA | | RH-Grupo Sanguineo | NA | |
| Colesterol | NA | | KOH Uñas | NA | |
| Triglicaridos | NA | | Frotis Faringeo | NA | |
| Serologia | NA | | Coprologico | NA | |

### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Apto Para Trabajos en Alturas | NA | | Apto Para Trabajos en espacios Confinados | | NA |
| Apto Para el cargo sin Restricciones | | SI | Aplazado | | NA |
| Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo | | NA | No Apto Para Este Cargo | | NA |
| Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel | | NA | | | |
| Examen PERIODICO Satisfactorio | NA | | Examen de EGRESO Satisfactorio | | NA |

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LIMITES NORMALES

### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Higiene Postural | SI | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas | NA |
| Pausas Activas | SI | Control Optometrico Periodico | SI | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
| Ergonomia del Puesto de trabajo | SI | Uso de Lentes Permanentes | SI | Valoración y Manejo en IPS | NA |
| Uso de Elementos de Protección Personal | SI | Uso de Lentes Visión Cercana | NA | Dieta - Ejercicio Físico | NA |
| Valoración por Medicina Laboral de EPS | NA | Control de Tension Arterial | NA | Control Espirómetria | NA |
| Control Audiometrico | NA | Estilos de Vida Saludable | SI | Control Médico Ocupacional Anual | SI |
| | | | | | NA |

### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

**He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información recolectada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Luego de leer con mi firma he entendido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.**

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6460 DE 30/07/2019
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Nestor Raul Garzón Rodriguez
Medico Especialista en Salud Ocupacional UMED LTDA
Licencia No. 6460 de 30/07/2019

Firma Trabajador: Jenny C. Tibata

C.C. No 52730661.

2058

UMED LTDA. IPS MEDICINA LABORAL manejo todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2, COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en Instituciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.com

Powered by

*República de Colombia*

# E.S.A.E. LTDA.

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL
Resolución No. 6695 del 1° de Octubre de 1997 - Secretaría de Educación de Bogotá
Concepto favorable - Acuerdo No. 001 de Marzo 4 de 1993 Min. Salud

## *Otorga el Certificado de Técnico Laboral*

AL ALUMNO

**Jenny Carolina Tibatá Tocarruncho**

Identificado con C.C. 52.730.661 de Stafé. de Stá.

EN VIRTUD A QUE APROBO SATISFACTORIAMENTE SUS ESTUDIOS
EN LA ESPECIALIDAD DE

**Auxiliar de Enfermeria**

Intensidad Horaria Total 1800

Director Administrativo

Dado en Santafé de Bogotá, D.C.
El día 20 de julio del 2002

Director Académico

Registro Folio No. 793 del libro de certificados 01

Powered by CamScanner

E.S.A.E. LTDA.
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

# ACTA DE GRADO COLECTIVA No. 018

En la ciudad de Bogotá D. C. a los (20) veinte días del mes Julio de 2002, se llevó a cabo el ACTO DE CERTIFICACION, en el cual la ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA E.S.A.E. autorizada para el efecto según la resolución No. 6695 del 01 de Octubre de 1997 de la secretaria de Educación de Bogotá, y acuerdo No. 001 del 4 de Marzo de 1993 del Ministerio de Salud, se hace entrega del certificado de TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA A:

## JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO

Identificada con C.C. No. 52.730.661 de Santafé de Bogotá , quien cumplió con los requisitos académicos exigidos por la secretaría de Educación, el Ministerio de Salud y con las normas establecidas en este Instituto.

En testimonio de lo anterior se firma la presente ACTA DE CERTIFICACION en la ciudad de Bogotá, D.C. a los (20) veinte días del mes de Julio de 2002, por los que en ella intervinieron.

JORGE DAVID SANCHEZ
Director Administrativo

AUXILIARES DE ENFERMERIA

HERCY ALVAREZ R.
Coordinadora Académica



Powered by CamScanner




Powered by CamScanner

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, D.C.

# *Resolución No 7563 de 26/08/2002*

## *Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá*

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

**EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD**

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

***CONSIDERANDO***

Que el(la) señor(a) TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA identificado(a) con CC número 52730661 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE AUXILIARES ENFERMERIA E.S.A.E LTDA el día 20/07/2002 y registrado en el libro 01 Folio 793 año 2002

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** autorizar a TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA identificado(a) con CC número 52730661 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**ARTICULO TERCERO:** Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 26/08/2002

**JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO**
Director de Desarrollo de Servicios
vrs

Bogotá, D.C 4 - Septiembre 2002
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Jenny Carolina Tibata T
CC. # 52730661
Res # 7563 fecha: 26-08-2002
Firma Jenny Carolina Tibata

# ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

52730661

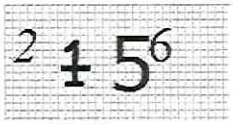
Primer Nombre

Jenny

Primer Apellido

Tibata

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6472

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2024-04-22→12:54:31 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificac |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52730661 | JENNY | CAROLINA | TIBATA | TOCARRUNCHO | Vigente |

**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) JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO identificado(a) con CC 52730661 registra La siguiente información:**

**2024-04-22→12:54:31 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar de enfermería | 2002-08-26 | 7563 | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |

**La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando**

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO

*Con Cedula de Ciudadania No. 52730661*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Guadalajara De Buga, a los once (11) días del mes de diciembre de dos mil dieciocho (2018)*

Firmado Digitalmente por
ALEXANDER ATEHORTUA GONZALEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ALEXANDER ATEHORTUA GONZALEZ
Subdirector
CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA
REGIONAL VALLE

**48402444 - 11/12/2018**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9124001560235CC52730661C.

AJUDISP

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

ASOCIACION AJUDISP

# BOGOTA-COLOMBIA

## EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

## CERTIFICA:

QUE: **Jenny Carolina Tibata Tocarruncho**

C.C 52730661 De Bogotá DC

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

**Gestion del Duelo**

INTENSIDAD DE 20 HORAS

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 09 DIAS DEL MES DE JULIO DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

INGABO INSTITUTO
Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano

# El INSTITUTO INGABO

# Y

# EL GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS GCE

TRAINING LAB
Laboratorio de Simulación para Habilidades y Destrezas Clínicas

**Certifican que:**

## YENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO

**Asistió al:**

I Curso taller masivo

## "REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR"

**"BASADO EN ESTACIONES DE PRACTICA CLÍNICA"**
**CON LABORATORIO DE SIMULACIÓN.**

Realizado en Bogotá D.C., el día 25 de Junio de 2022.

Duración: 10 horas.

**LIC. ELENORA ROJAS MORALES**
DIRECTORA INGABO
SEDE RESTREPO

**AMAURY JULIO**
PRESIDENTE GCAUE
INSTRUCTOR BLS-ACLS-PHTLS

**ASTRID VERA GUEVARA**
COORDINACIÓN SALUD
SEDE RESTREPO

Para más información consulte: http:www.ingabo.edu.co ó http://www.grupocolom...o desemergencias.com

taller masivo es una introducción al BLS Soporte Vital Básico, exigido a todo el personal del equipo de salud Resolución 1043 Ministerio de la Protección Social.

SINERGIA & SOCIEDAD
Fundación

CONV-IO-111 DE 2024

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACIÓN SINERGIA Y SOCIEDAD.**

**CERTIFICA:**

Que **TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **52730661** de **Bogotá**, prestó sus servicios en el cargo de **GESTOR COMUNITARIO EN SALUD** para Apoyar el desarrollo de capacidades en el gobierno nacional, departamental, distrital y municipal a nivel institucional y comunitario, especialmente en el desarrollo de capacidades comunitarias en la conformación de redes y estrategia SMAPS con poblaciones vulnerables, en articulación con los lineamientos de la política pública en salud mental y en armonía con la línea técnica de SMAPS a nivel global. Para el proyecto del programa **M&S.** Actividades desarrolladas en **CUNDINAMARCA.**

Su contratación fue suscrita desde el **15 DE ENERO DE 2024** hasta el **13 ABRIL DE 2024** mediante contrato de prestación de servicios, por un valor DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L ($2550000.oo) honorarios mes, contra entrega de productos. Desarrollando, entre otras, las siguientes actividades:

1. Participar en la formulación y desarrollo del plan de gestión territorial establecido por el programa Migración y Salud, incluyendo en su desarrollo la coordinación con las Secretarías de salud departamentales/distritales, municipales, los hospitales locales, las Redes Comunitarias de Salud, y otros actores claves en el territorio para la implementación de la estrategia SMAPS y otras estrategias de salud, de acuerdo con la línea técnica.
2. En coordinación con el equipo territorial, apoyar la planeación, implementación y monitoreo de la estrategia SMAPS, dirigida a población migrante y comunidades de acogida, en el marco de los 3 niveles de intervención del IASC en el territorio, lo que implica:
a. Apoyar la identificación de necesidades básicas, de seguridad y en salud mental de las poblaciones priorizadas; apoyar la implementación de acciones IEC comunitarias; así como la identificación, acompañamiento y seguimiento de personas con necesidades en salud.
b. Apoyar la conformación y el fortalecimiento de las Redes Comunitarias de Salud; apoyando la implementación del plan de acción de la Red, en coordinación con el equipo territorial.
c. Realizar acompañamiento a las atenciones en salud prestadas a través de los hospitales e IPS aliadas; apoyando la convocatoria, seguimiento al cumplimiento de agendas y la aplicación de instrumentos como las encuestas de satisfacción.
3. Apropiar y difundir información y rutas de salud para promover el acceso oportuno a la atención y a los servicios sectoriales e intersectoriales para las poblaciones migrantes y comunidades de acogida.
4. Realizar talleres y capacitaciones dirigidos poblaciones migrantes y comunidades de acogida, con actividades de sensibilización y educación en salud, con énfasis en promoción de actitudes y prácticas saludables en las temáticas priorizadas por el territorio.



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

5. Identificar, orientar, referir y hacer seguimiento a personas migrantes y comunidades de acogida con algún Evento de Interés en Salud Publica – EISP para el acceso oportuno a la oferta en materia de salud, educación, trabajo, vivienda, entre otras.
6. Acompañar a las personas migrantes en los procesos de regularización, aseguramiento y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
7. Garantizar el cumplimiento de los lineamientos de visibilidad, uso adecuado de los logos, comunicaciones, protección de datos y monitoreo, en la implementación de las acciones del programa.
8. Seguir los lineamientos de rendición de cuentas de la Organización, identificando dificultades y acciones de mejora de los servicios prestados, con una permanente comunicación con las comunidades e instituciones.
9. Cumplir íntegramente con los procedimientos, normas y estándares de conducta.

Dada en Chía Cundinamarca, a los veintitrés (23) días del mes de abril de dos mil veinticuatro (2024).

Fundación Sinergia y Sociedad
Nit.900587783-2

**ERIKA DEL REAL SUAREZ**
Representante Legal



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SINERGIA & SOCIEDAD
Fundación

CONV-IO-069 DE 2022

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACIÓN SINERGIA Y SOCIEDAD.**

**CERTIFICA:**

Que **TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **52730661** de **BOGOTÁ**, prestó sus servicios en el cargo de **GESTOR COMUNITARIO EN SALUD** para Apoyar la implementación de las actividades comunitarias de salud implementadas por el programa.. Para el proyecto **Programa Migración y Salud – MyS** del programa **M&S.** Actividades desarrolladas en **CUNDINAMARCA.**

Su contratación fue suscrita desde el **18 DE ENERO DE 2022** hasta el **31 DE DICIEMBRE DE 2022** mediante contrato de prestación de servicios, por un valor DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L ($2550000.oo) honorarios mes, contra entrega de productos. Desarrollando, entre otras, las siguientes actividades:

1. Acordar y desarrollar un plan de trabajo con el programa Migración y Salud.
2. Participar activamente en la identificación de las necesidades y brechas en salud en conjunto con la comunidad migrante venezolana (MV), los colombianos retornados (CR) y la comunidad de acogida (CA) en condiciones de vulnerabilidad, en articulación con el equipo territorial del proyecto y la entidad territorial.
3. Apropiar y difundir información y rutas de salud para promover el acceso oportuno a la atención y a los servicios sectoriales e intersectoriales para la población MV, CR y CA.
4. Realizar talleres y capacitaciones dirigidos a la comunidad MV, CR y CA, con actividades de sensibilización y educación en salud, con énfasis en promoción de actitudes y prácticas saludables en las temáticas priorizadas por el territorio.
5. Apoyar la conformación y/o fortalecimiento de las redes comunitarias en salud promoviendo la participación de líderes y lideresas comunitarios, como apoyo a las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública comunitaria.
6. Identificar, orientar, referir y hacer seguimiento a personas MV, CR y CA con algún Evento de Interés en Salud Publica – EISP para el acceso oportuno a la oferta en materia de salud, educación, trabajo, vivienda, entre otras.
7. Apoyar las acciones comunitarias para la implementación del Plan de Respuesta a la pandemia por Covid-19.
8. Acompañar a las personas MV, CR y CA en los procesos de regularización, aseguramiento y afiliación al SGSSS.
9. Apoyar la implementación de la estrategia SMAPS y las acciones IEC con enfoque psicosocial de salud dirigidas a la comunidad.
10. Acompañar las atenciones en salud apoyadas por el Programa intra y extramurales, dirigidas a las personas MV, CR y CA, apoyando la convocatoria, desarrollo y seguimiento que se requiera.



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

11. Seguir los lineamientos de rendición de cuentas de la Organización, identificando dificultades y acciones de mejora de los servicios prestados, con una permanente comunicación con las comunidades e instituciones.
12. Apoyar los procesos de integración de la comunidad MV, CR con CA a través de actitudes, prácticas y procesos educativos que contribuyan a la reducción del estigma, la discriminación y la xenofobia.
13. Elaborar mensualmente el informe de actividades desarrolladas, de acuerdo con el plan de trabajo y cronograma aprobado en los formatos establecidos por el Programa, con información cuantitativa y cualitativa, recomendaciones, lecciones aprendidas, entre otros.
14. Promover actitudes y prácticas saludables en los ambientes de trabajo.
15. Asistir a las reuniones programadas por la coordinación del proyecto.

Dada en Chía Cundinamarca, a los veintitrés (23) días del mes de abril de dos mil veinticuatro (2024).

Fundación Sinergia y Sociedad
Nit.900587783-2

**ERIKA DEL REAL SUAREZ**
Representante Legal



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Organizacion Internacional para las Migraciones (OIM)

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE CONTRATACIONES DE LA ORGANIZACION INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM)**

**CERTIFICA QUE:**

El (la) señor (a) **JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO**, identificado (a) con la cédula de ciudadania No. 52.730.661 de Santafé de Bogotá, presta(o) sus servicios en esta Organización en calidad de Contratista Independiente a través de la suscripción del Contrato de prestación de servicios PS-13234; inició actividades el cuatro (04) de Enero de 2016 y finaliza(o) las treinta (30) de Septiembre de 2016.

El anterior Contrato se firmó por Honorarios Mensuales de DOS MILLONES DE PESOS M/L ($2.000.000.oo), por el periodo mencionado.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a) a los once (11) dias del mes de Agosto de 2016, en la ciudad de Bogotá.

**ELIZABETH CARVAJAL**
Coordinadora Contrataciones
Misión OIM-Colombia

**OIM COLOMBIA:**

Carrera 14 No 93B-46 • Bogota • Colombia
Tel +571 6 39 77 77 • Fax +571 6 22 34 17 • E-mail iombogota@iom.int • Internet www.oim.org.co
Redes sociales @OIM_Colombia OIM Colombia OIM_Colombia

Scanned by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

ANEXO D

TERMINOS DE REFERENCIA

El **CONTRATISTA INDEPENDIENTE** bajo la supervisión directa del especialista en fortalecimiento de la gestión de enfermedades inmunoprevenibles, será responsable de apoyar la ejecución de los proyectos del programa en todo lo relacionado con trámites logísticos para fortalecer la operación e implementación de los proyectos en ejecución de la Unidad de Salud. Deberá cumplir con las políticas generales de la OIM.

El CONTRATISTA INDEPENDIENTE en desarrollo del presente contrato deberá cumplir con las siguientes actividades:

1. Participar en la sesión de inducción del proceso de fortalecimiento de la gestión del PAI realizada por el consultor temático departamental, en la entidad territorial designada a vacunar.
2. Realizar búsqueda activa vacunación y actualización de esquemas en la población objeto del PAI en los diferentes municipios, según cronograma concertado.
3. Brindar información frente a los diferentes aspectos relacionados con el esquema nacional de vacunación a los padres y/o cuidadores, según necesidad de la población.
4. Diligenciar los instrumentos de recolección de datos, siguiendo requerimientos del MSPS y las indicaciones establecidas desde la supervisión.
5. Garantizar el diligenciamiento del 100% de las variables de los registros diarios establecidos por el MSPS, de acuerdo a los parámetros de calidad del dato.
6. Participar activamente en las reuniones y actividades propias del proceso de la dimensión 6 Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles –Componente Enfermedades Inmunoprevenibles, sean estas presenciales o virtuales.
7. Elaborar los informes mensuales de avance que documenten la vacunación extramural en las diferentes tácticas desarrolladas, para cada uno de los territorios priorizados e información a la comunidad por municipio y departamento.
8. Apoyar en la elaboración del Informe técnico final consolidado que documente el proceso de apoyo a la gestión operativa del PAI, incluyendo las acciones de coordinación institucional e intersectorial, estrategia de vacunación extramural, información a la comunidad y sistematización de resultados por municipio y departamento.
9. Concertar y articular las actividades y cronograma (agenda) de su plan operativo con el Referente Departamental de Gestión Territorial del convenio 547 de 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la OIM.
10. Concertar y articular su plan operativo, con las autoridades sanitaria nacional y territorial según los productos a su cargo y el plan de acción de gestión territorial.
11. Participar en las reuniones de Gestión Territorial y de Monitoreo y Evaluación a las cuales sea convocado.
12. Aplicar el lineamiento de Gestión Territorial y de Monitoreo y Evaluacion del convenio 547 de 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la OIM.
13. Apoyar la generación de un informe al inicio de su contrato, sobre la línea de base de la situación de la gestión en salud pública de los productos a su cargo, aplicando el lineamiento de Monitoreo y Evaluación del convenio 547 de 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la OIM.
14. Suministrar los insumos, informes y/o reportes de Monitoreo y Evaluación, mensual trimestral final y según necesidad, aplicando el lineamiento de Monitoreo y Evaluación del convenio 547 de 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la OIM'.
15. Dar estricto cumplimiento a los procedimientos administrativos de la OIM para el pago de honorarios, anticipos, legalizaciones, solicitud de viajes, organización de eventos (si

14 | 16

Scanned by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

aplica), entre otros, a fin de facilitar la fluidez de dichos procesos tanto a nivel personal como con los operadores.

16. Además deberá entregar los siguientes Productos:

a. Semanalmente, hará una entrega al consultor temático departamental de los registros diarios con la información de las actividades desarrolladas a la población vulnerable que han sido atendidas por el programa, esta presentación se hara en medio físico.

b. Mensualmente, hará la entrega de un consolidado de las actividades desarrolladas con los diferentes soportes correspondientes, de acuerdo al plan de acción concertado para la entidad territorial asignada.

c. Mensualmente, los primeros 3 días del mes, hará entrega al Consultor Temático Departamental, las cuentas de cobro de honorarios y de legalización de gastos de transporte y viáticos con los diferentes soportes correspondientes.

d. Al final del contrato hará entrega de un informe final que documente el proceso de apoyo a la gestión operativa del PAI, incluyendo las acciones vacunación por municipio, en medio físico y magnético, según los parámetros establecidos para la presentación del mismo.



Scanned by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner