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

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

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO:

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

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

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, 3 _de Junio de 2024

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Carlos Ariel Lopez Alvarado

Cargo: Enfermero

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

Cordialmente,

Nombre del Contratista
CC: 1,122.6492926
Dirección: DG 49 A BIS A ASUR 13J 91
Email: calopez@fucsalud.edu.co
Teléfono/ Celular: 3124602784

CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO
calopez@fucsalud.edu.co
Dirección: Diagonal 49a Bis a sur #13j - 91
Teléfono residencia: 9347906
Cel.: 3124602784



PERFIL PROFESIONAL

Enfermero candidato a magister en farmacología clínica, experto en áreas de cuidado critico adulto, pediátrico, urgencias y ginecoobstetricia.

Con solidas habilidades y experiencia en la supervisión de enfermería que incluye servicios de cuidado crítico, quirófanos, urgencias, unidad neonatal y hospitalización.

Mi formación personal y profesional ha sido integral, con valores y principios sólidos, con habilidades de liderazgo, trabajo en equipo, resolución de conflictos, responsabilidad social y servicio a las demás personas.

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE: Carlos Ariel López Alvarado
CC: 1122649296 de Restrepo Meta
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 10 de septiembre de 1991, Medina Cundinamarca

FORMACIÓN ACADÉMICA:

MAGISTER EN FARMACILOGÍA CLÍNICA(c). Fundación Universitaria de ciencias de la salud. Inicio| 2120 a la actualidad

ENFERMERO. Fundación Universitaria de ciencias de la salud| 2015

BACHILLER ACADEMICO. Institución Educativa Departamental Alonso Ronquillo, Medina Cundinamarca| 200

FORMACIÓN ACADÉMICA COMPLEMENTARIA

DIPLOMADO EN CUIDADO CRÍTICO Y CARDIOVASCULAR. Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca| 2016.

CURSO TOMA DE LABORATORIOS. Centro Superior ESAT| 2019.

CURSO TEORICO-PRACTICO SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS).

CURSO DE TOMA DE CITOLOGIA CERVICOUTERINA. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS| 2014.

CURSO TEORICO-PRACTICO SOPORTE VITAL BASICO (BLS).
FUCS| 2019.

V ENCUENTRO NACIONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACION EN CIENCIAS DE LA SALUD. Fundación Universitaria Ciencias de la salud (FUCS).2019.

CURSO PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL. Colsubsidio| 2020.

XXX JORNADA DE INVESTIGACION. Posgrados de medicina (FUCS). 2020.

PRIMER SIMPOSIO DE FARMACOEPIDEMIOLOGIA. ¨Énfasis en la farmacología aplicada al adulto mayor¨. Asociación Colombiana de Farmacología – Universidad Tecnológica de Pereira – Fundación universitaria ciencias de la Salud (FUCS). 2020.

I JORNADA DE ACTUALIZACION EN ENFERMERIA RED SALUD COLSUBSIDIO
¨Visión integral de la atención humanizada¨. Colsubsidio. 2021.

EXPERIENCIA LABORAL

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Cargo desempeñado: Profesional Universitario II Enfermero Salud Publica PIC.
Periodo: 15 enero del 2022 – 30 mayo de 2024.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Cargo desempeñado: Docente ocasional Asignatura cuidado de enfermería en situaciones críticas y agudas.
Periodos: 1 marzo de 2022 – 31 mayo de 2022, 1 septiembre de 2022 – 30 noviembre de 2022; 1 marzo de 2023 – 31 mayo de 2023, 1 septiembre de 2023 – 30 noviembre de 2023; 1 marzo de 2024 – 31 mayo de 2024.

CLÍNICA CAFAM CALLE 93.
Cargos desempeñados: Enfermero asistencial unidad de cuidados intensivos
Periodo: 10 abril de 2020 - 04 octubre de 2021.

CLÍNICA INFANTIL DE COLSUBSIDIO.
Cargos desempeñados: coordinador de enfermería – enfermero asistencial de hospitalización y unidad de cuidados intensivos
Periodo: abril de 2016 hasta la fecha.

CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA.
Cargos desempeñados: Enfermero Área: Urgencias Pediátricas – Urgencias Adultos
Periodo: abril de 2019 – Julio de 2019.

CLÍNICA MATERNO INFANTIL EUSALUD
Cargo desempeñado: Enfermero UCI Obstétrica.
Periodo: noviembre de 2017 – septiembre de 2018.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE CENTRO
Cargo desempeñado: Enfermero UCI adultos, Urgencias Adultos.
Periodo: agosto de 2015 – abril de 2016.

REFERENCIAS PERSONALES:

Nombre: MADELING ALCALA RODRIGUEZ.

Título: Enfermera, Especialista Auditoria de Salud.

Cel.: 3158970497

Nombre: CLARA NATHALIA NINO OSPINA
Título: Enfermera
Cel.: 3133400246

REFERENCIAS FAMILIARES:

Nombre: DAYANA LOPEZ ALVARADO
Título: Enfermera, Magister en Educación
Cel.: 3133434252

Nombre: LORENA PAOLA LOPEZ ALVARADO
Título: Enfermera, Especialista Administración en salud.
Cel.: 3202374079

CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO
CC. 1.122.649.296 de Restrepo
calopez@fucsalud.edu.co
Cel. 3124602784

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.122.649.296

LOPEZ ALVARADO

APELLIDOS

CARLOS ARIEL

NOMBRES

Carlos Lopez Alvarado

FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1991**

MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

05-OCT-2009 RESTREPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00940727-M-1122649296-20170928 **0057**461937A 2 1174566004

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1122649296



APELLIDOS Y NOMBRES

LOPEZ ALVARADO

CARLOS ARIEL

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2021	2031	2041

PROFESIÓN EMPLE/

FECHA DE EXP.: 7

Mayor. Diego Alejandro Serrano Jo

Oficial comandante

DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA-EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales 2015 703 282878

1. Esto es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.

2. En caso de convocatoria de reservas de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

0370478086

Powered by CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 246882033

PIB
19:40:56

Bogotá DC, 13 de mayo del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1122649296:

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 sábado 11 de mayo de 2024, a las 04:55:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1122649296
Código de Verificación	1122649296240511045530

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 04:56:06 AM horas del 11/05/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1122649296**

Apellidos y Nombres: **LOPEZ ALVARADO CARLOS ARIEL**

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, 11/05/2024 06:26:17 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1122649296 .**

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. **92002334** . 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 141039732400

(415)7707212489984(8020) 000014103973240 0

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 2 6 4 9 2 9 6	2 0 0 9 1 0 0 5

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	ALVARADO	CARLOS	ARIEL

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: DG 49 A BIS A SUR 13 J 91 TO UNO AP 105 CONJ CARACAS AVENIDA BRR MARCO FIDEL SUAREZ

42. Correo electrónico: calopez@fucsalud.edu.co

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2024 - 05 - 10 / 14 : 55: 45

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: LOPEZ ALVARADO CARLOS ARIEL

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 10-05-2024 02:56:14PM

HACE CONSTAR QUE

El enfermero **CARLOS ARIEL LÓPEZ ALVARADO** identificada con la cédula de ciudadanía número **1.122.649.296,** no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, el día veintinueve (29) del mes de febrero del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

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

FECHA:		CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
		X			Enfermero

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LOPEZ	ALVARADO	CARLOS	ARIEL

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1122649296	RESTREPO META	2009-10-05
PASAPORTE X	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1991-09-10	MEDINA CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	CERO	CERO	3124602784

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO		
X		X						ENFERMERO - MAESTRIA EN FARMACOLOGIA CLINA	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
DG 49 A BIS A SUR #13J - 91 TOIRRE 1 APTO 105	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	2799954

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
carlopez@fucsalud.edu.co	N/A	PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

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

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

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

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL:

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9 - 97	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERO	FECHA VINCULACION	jun-24

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 3.700.000	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 500.000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 17.000.000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 1.200.000	VEHICULOS	$ 57.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 3.000.000	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 500.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 3.700.000	TOTAL EGRESOS	$ 2.200.000	TOTAL ACTIVOS	$ 60.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 17.000.000

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
LOPEZ	ALVARADO	LORENA	PAOLA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
DG 49 A BIS A SUR #13J - 91 TOIRRE 1 APTO 105	BOGOTA CUNDINAMARCA COLOMBIA	HERMANA	3202374079

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	488443760712	BOGOTA	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

ENFERMERO

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas 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 Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO identificado(a) con CC 1122649296 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	28/07/2010
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 11 días del mes mayo 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.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1122649296,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de mayo de 2024.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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:	1122649296
Nombre:	CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO
Fecha Inicio contrato:	10/07/2024
Fecha Fin contrato:	09/12/2024
Fecha Inicio cobertura:	10/07/2024
Número contrato:	12337
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 14
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	08/07/2024 03:50:20 p. m.

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Lopez	Alvarado	Carlos Ariel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1122649296 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1122649296 D.M. 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 10 MES 09 AÑO 1991

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: MEDINA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

DIAGONAL 49A BIS A SUR 43J 91

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO: 3124602784 EMAIL: calopez@fucsalud.edu.co

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2007
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
PRESENCIAL	FUCS	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ENFERMERO	06	2015

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELEFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO	*DEPENDENCIA* ENFERMERO						*DIRECCIÓN* CALLE 26 25 34					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MEDICALL TALENTO HUMANO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2014	*Día*	29	*Mes*	04	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO	*DEPENDENCIA* ENFERMERO						*DIRECCIÓN* CALLE 67 4G 78					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCION 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	8	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	5

FORMATO COMPLETO

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 Bogotá D.C 10. Julio | 2021

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, Carlos Ariel Lopez Alvarado

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1122649296 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

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

DIRECCIÓN: DIAGONAL 49A BIS A SUR 13J 91 TELÉFONO: 3124602784

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$60.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$60.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	0570007170626597	BOGOTA	50.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA	
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	Bogotá D.C. 10. junio/2024 CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

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

Soacha 03 de Junio de 2024

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARI DE CIENCIAS DE LA SALUD -FUCS

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Carlos Ariel Lopez Alvarado 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 acuerdocon 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 previaautorización, 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:

ENFERMERO

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

N° Documento 1.122.649.296

Tarjeta Profesional N° 1.122.649.296

Dirección de contacto Dg. 49 A BIS A SUR 13J-91

Teléfono 3124602784

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

Yo Carlos Ariel Lopez Alvarado identificado (a) con cédula deciudadanía númeroo 1.22.649.296, expedida en Restrepo Meta, en mi condición decontratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección,almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgaciónde la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA:**

Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos**.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información**:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña**:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. B) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información**.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo**.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información**.** La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia**.** El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 3 de Junio de 2024



Firma y huella

3124602984

Celular No.

Correo institucional.

Soacha, 03 de 06 de 2024

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

Yo Carlos Ariel López Alvarado con C.C. 1122649296 expedida en, Restrepo Meta 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,

C.C. 1122649296 .

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010892500

Fecha de generación del carné: martes, 29 de agosto de 2023 09:21 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1122649296
Nombres y Apellidos	CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO
Fecha de nacimiento:	10/09/1991

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	03/03/2021	Pfizer	EN1195	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM FLORESTA
	Segunda dosis	24/03/2021	Pfizer	EN1195	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAI FLORESTA
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	07/02/2020	Recombax B	0348Y017C	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAI BOSQUE
	Segunda dosis	04/04/2020	Engerix B Adultos	AHBVC877AB	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAI BOSQUE
	Tercera dosis	30/07/2020	Recombax B	UFX19002	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFA BOSQUE
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010892500

Fecha de generación del carné: martes, 29 de agosto de 2023 09:21 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de Identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1122649299
Nombres y Apellidos	CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO
Fecha de nacimiento:	10/09/1991

Hepatitis B segundo esquema	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	28/07/2023	Vaxigrip	X3A442V	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM EL BOSQUE
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única	03/02/2021	Menactra	U6784AD	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 63
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única	15/09/2021	Prevenar 13	DA0825	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM EL BOSQUE
Neumo Polisacárido	Primera dosis	20/06/2016	Neumo 23	M001052	
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	10/09/2013	Sarampión -Rubéola	012N1019	
Td	Primera dosis	21/07/2006	Toxoide Tetánico y diftérico	21E40812	
	Segunda dosis	27/08/2008	Toxoide Tetánico y diftérico	EU4031213	
	Tercera dosis	02/03/2009	Toxoide Tetánico y diftérico	EU4051213	
	Cuarta dosis	08/03/2010	Toxoide Tetánico y diftérico	21A0318	
	Quinta dosis	10/03/2010	Toxoide Tetánico y diftérico		
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Refuerzo	03/02/2021	Inmovax	R3N268V	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 63
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				

Powered by CamScanner

Certificado de Vacunación

Institución: CAFAM BOSQUE

Nombre: LOPEZ CARLOS

Identificación: 1122649296 Tel: 3124602784

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
YF-VAX		15 OCT 2016	A4CB25A	ADRIANA

Cortesía de Sanofi Pasteur

Certificado de Vacunación

Institución: IPS Cafam Bosque

Nombre: Carlos Ariel Lopez Alvarado

Identificación: 1122649296 Tel: 3142332039

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Neumococcica		20/06/2016	M001062	Fabiola
HB	Refuerzo	26/08/2016	A134025.03	Fabiola
HB	Refuerzo	16/11/2018	AHB3C604AI	Fabiola

Cortesía de Sanofi Pasteur

Certificado de Vacunación

Institución: COLSUBSIDIO Centro Médico

Nombre: Carlos Lopez

Identificación: 1122649296 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
TD	Ref			Yenifer I

Cortesía de Sanofi Pasteur

Scanned with CamScanner

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza	1ra	20/06/2016	UI596AB	Fabiola
Influenza	2da	12/06/2017	UI792AB	Fabiola
Influenza	3ra	13/08/2018	UI923AA	Fabiola
Influenza	4ta	24/07/2019	UJ191AB	Fabiola
HB	1ra	07/II/2020	03HETONC	Andrea.
HB	2da	04/III/2020	AHBYCEFAB	Andrea
HB	3ra	30/VII/2020	UE2P002	Andrea
Influenza	5ta	13/V/2020	UJ381AD	Andrea.
Influenza	6ta	08/08/2021	UJ626AB	Andrea.

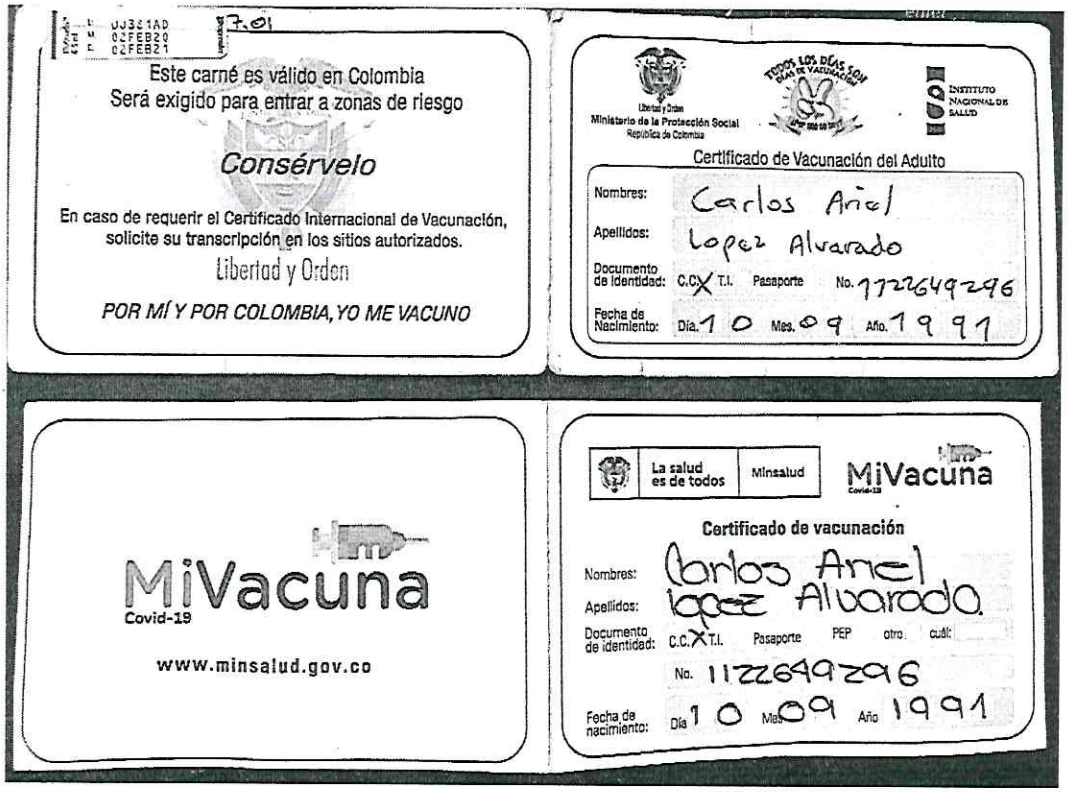
CO.450150920

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Meningitis	4	03 FEB 2021	U6784AD 260CT21	Yenifer I

tra®
occal (Groups A, C, Y
Polysaccharide
Diphthe[illegible]toxoid Conjugate Vaccine
Vacuna Antimeningocóccica
Polisacárida (Serogrupos A, C, Y y
W-135) Conjugada con Toxoide Diftérico
dose: 0.5 mL
1 dosis: 0.5 mL
For intramuscular use.
Por vía intramuscular.
Exp.: Lot: Manufr.: Swiftwater PA 18370 USA
Sanofi Pasteur
5942
722853
0510218
R3N26
09-2021
IMOVAX d.T. adulte/adult/adulto 0.5 ml
Vaccin dT adsorbé
Adsorbed dT vaccine
Vacuna dT adsorbida
Voie intramusculaire ou sous-cutanée profonde/Intramuscular or deep subcutaneous route/Vía intramuscular o subcutánea profunda.

SPCO.SAPAS.18.07.0081

Scanned with 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, 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

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Carlos Ariel
Apellidos: Lopez Alvarado
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1122649296
Fecha de Nacimiento: Día. 10 Mes. 09 Año. 1991

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Carlos Ariel
Apellidos: Lopez Alvarado
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro. cuál:
No. 1122649296
Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 09 Año 1991

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	10-Sep-2013	012N1019 V. OCT. 2013	HSC Alicia
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	21-07-2008	21E40812-A	Mónica
	2	27-07-08	EU4051213	Paola M
	3	02-03-09	EU4051213.	Paola M
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	Marzo 3/12	AHBVK079AC	Olsal
	2	Mayo 25/12	AHBVC057CC	Olsal
GSK.	3	Noviembre 23/12	AHBVC145AL	Olsal

H.S.F.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Neumococo	1ra	20/Enero/2016	M001062	Fabiola.
Contra Influenza	1ra	20-06-2016	UI596AB	Fabiola.
	2da	12/Junio/17	UI792AB	Fabiola
	3ra	13/08/18	UI923AA	Fabiola.
Contra Hepatitis B Lab. Biotoscana		26/08/2016	AHBV025-03	Fabiola Cafam Bosque
	Refuerzo	16/11/18	AHBC604AI	Fabiola

PV = 01/06/2020

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	03-03-2021	Pfizer.	EN1195	Cafam 93	enfermera dominguez	52891
	2	24/III/2021	Pfizer.	EN1195	Cafam 93	erika dominguez	52809181
	3.	30.XI/21	Astrazeneca	940875 PW425	Colsubsidio Calle 63	Camila mora.	1013675622

Scanned with CamScanner

Bienestar & Salud Laboral

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



Fecha de Atención
28/12/21, 11:12 a. m.
Examen Médico Ocupacional

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad	Documento #	Tipo de Examen	Cargo
30	1122649296	Ingreso	

INFORMACIÓN

CARLOS ARIEL
LOPEZ ALVARADO

Ciudad
Bogotá

Empresa
PARTICULAR

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

PACIENTE SIN PATOLOGÍA EVIDENTE QUE INTERVENGA EN SU LABOR, NO DATOS SUGESTIVOS DE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR
USUARIO DE LENTES DE PROTECCIÓN.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONÓMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. RECOMENDACIONES DE CUIDADO PARA LA VOZ:
HIDRATACION FRECUENTE
EVITAR CAMBIOS BRUSCO DE TEMPERATURA
LIMITAR LA INGESTA DE BEBIDAS QUE CONTENGAN ALCOHOL O CAFEINA
EVITAR COMIDAS PICANTES O MUY CONDIMENTADAS.
EJERCICIOS DE VOZ. NO FUMAR
EVITAR ENJUAGUES BUCALES CON ALCOHOL.
6. EJERCICIO AEROBICO
7. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 1.5 A 2 MTS
EVITAR LOS CONTACTOS ESTRECHOS POR MAS DE 15 MIN SIN TAPABOCAS
USO PERMANENTE DE TAPABOCAS
LIMPIEZA DE PUESTO DE TRABAJO
LAVADO DE MANOS SEGÚN TECNICA DE LA OMS
8. ALIMENTACIÓN BALANCEADA
9. CONTROL DEL PESO
10. CONTROL VISUAL ANUAL
11. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SEGÚN CIRCULAR 30 DE 2020 COVID 19:

Según valoración médica realizada el paciente no presenta comorbilidades o condiciones que deriven riesgo de complicaciones en caso de infección por Covid-19. Esta valoración se realiza de acuerdo a lo establecido a la Circular 30 de 2020 emitida por el Min. Salud

VACUNA COVID

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

1. DATOS GENERALES

SEDE: TUMACO EPS o Unidad Especializada de Salud: FAMISANAR. FECHA: 14 | 02 | 2023

PREINGRESO ☒ EGRESO ☐ PERIÓDICO (programado, verificación de alguna condición especial como post incapacidad, o reintegro): ☐
OTRO ☐

NOMBRE Y APELLIDOS: CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO C.C. 1122649296

TIPO DE VINCULACIÓN (EL RELACIONADO EN LA ORDEN DE EXAMEN): Docente RVO pertenenciente A Carrera CONTRATISTA: SI ☐ NO ☒

ESTUDIANTE AFILIADO AL SGRL: SI ☐ _____

CARGO DEL SERVIDOR PÚBLICO O ACTIVIDAD PRINCIPAL: DOCENTE OCASIONAL

DEPENDENCIA: DIRECCION DE SEDE EXTENSIÓN (SI SE CONOCE): _____

2. EXÁMENES PRACTICADOS

Examen Médico Ocupacional	☒	Audiometría	☐
Optometría / Visiometría	☒	Espirometría	☐
Prueba Psicotécnica	☐	Otros _____	

3. CONCEPTO

3.1 PRE INGRESO O PERIÓDICO POR CAMBIO DE OCUPACIÓN

PREINGRESO ☒ CAMBIO DE OCUPACIÓN ☐

Concepto sin restricciones para la ocupación	☒	Observaciones: Valoración por Cirugía General
Concepto con restricciones permanentes	☐	Restricciones: _____
Concepto con restricciones temporales	☐	Restricciones: _____
No cumple con requerimientos médicos para el cargo	☐	Observaciones: _____

ACTIVIDADES ESPECIALES

Trabajo en Alturas		Manipulación de alimentos	
Concepto sin restricciones para la ocupación	☐	Concepto sin restricciones para la ocupación	☐
Concepto con restricciones permanentes	☐	Concepto con restricciones permanentes	☐
Concepto con restricciones temporales	☐	Concepto con restricciones temporales	☐

Restricciones: _____

No cumple con requerimientos médicos para el cargo ☐ Observaciones: _____

Otra actividad especial: ¿Cuál? _____ **¿Cumple con los requerimientos médicos?** SI ☐ NO ☐

Observaciones: _____

3.2 PERIÓDICO (SVE - POST INCAPACIDAD – REINTEGRO A LAS MISMAS ACTIVIDADES - OTRO)

POST INCAPACIDAD ☐ REINTEGRO ☐ SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SVE) ☐ OTRO ☐ ¿Cuál? _____

El examen periódico se realiza como parte de alguno de los siguientes Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:

SIVIG-OTOM (carga física)	☐	SIVIG-RAD (radiación ionizante)	☐	SIVIG-MERCURIO	☐
SIVIG-OIR (ruido)	☐	SIVIG-FORMOL (formaldehído)	☐	SIVIG-VIVIR (psicosocial)	☐
SIVIG-PLOMO	☐	SIVIG-VIBRA	☐	SIVIG-PLAGUICIDAS	☐
SIVIG VOZ	☐	SIVIG-VISUAL	☐		

Otro, ¿Cuál?.....

Concepto sin restricciones para la ocupación ☐ Observaciones: _____
Concepto con restricciones permanentes ☐ Restricciones: _____
Concepto con restricciones temporales ☐ Restricciones: _____
No cumple con requerimientos médicos para el cargo ☐ Observaciones: _____

ACTIVIDADES ESPECIALES

Trabajo en Alturas ☐
Concepto sin restricciones para la ocupación ☐
Concepto con restricciones permanentes ☐
Concepto con restricciones temporales ☐
Restricciones:

Manipulación de alimentos ☐
Concepto sin restricciones para la ocupación ☐
Concepto con restricciones permanentes ☐
Concepto con restricciones temporales ☐

No cumple con requerimientos médicos para el cargo ☐ Observaciones: _____

Otra actividad especial: ¿Cuál? _____ **¿Cumple con los requerimientos médicos? SI** ☐ **NO** ☐

Observaciones: _____

3.3 EGRESO

Retiro sin patología aparente ☐
Retiro con patología para seguimiento en EPS ☐
Sospecha de enfermedad laboral ☐
En proceso de calificación de origen de enfermedad ☐
(este aspecto será el referido por la persona)

4. RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

ADECUADA HIGIENE POSTURAL.
PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA
VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL EN E.P.S.

Nota: Si las recomendaciones se encuentran registradas en otro documento (físico o digital), anexarlas a este certificado e indicar en este espacio de recomendaciones médico laborales que las mismas serán anexadas.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN DE MI ESTADO DE SALUD. TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO

¿AUTORIZO A MI EPS O UNIDAD ESPECIALIZADA DE SALUD, A TENER ACCESO A MI HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL?

SI ☑ **NO** ☐

6. FIRMA

MÉDICO	Nombre: JOSE LUIS PEDRAZA GALLARDO IPS: SALUD OCUPACIONAL SANITAS Firma y sello: DR. JOSE LUIS PEDRAZA GALLARDO Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo Resolución 5864 de 02/10/2022
SERVIDOR PÚBLICO / ESTUDIANTE AFILIADO AL SGRL/ CONTRATISTA	Firma: C.C. o T.I: 1120[illegible]96

7. OBSERVACIONES (Espacio reservado para la Universidad Nacional de Colombia)

_____

FIRMA JEFE DEL ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PROFESIONAL SST - COORDINÓ EXAMENES MÉDICOS: _____ **CARGO:** _____

FUCS

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Personería Jurídica 10917 del 1° de diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Enfermería

En atención a que

Carlos Ariel López Alvarado

C. C. 1.122.649.296 de Restrepo

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

Enfermero

En Bogotá, D.C., Colombia el 18 de Julio de 2015

en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos.

Presidente-Consejo Superior | Rector | Vicerrector

Secretario General | Decano | Secretario Académico

Número de Registro 2615 Número de Folio 060 y 061

5574

Powered by CamScanner

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

La Institución Educativa Departamental

"Alonso Ronquillo"

Con aprobación de la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No. 005715 del 23 de Diciembre de 2003
Confiere a

Carlos Ariel López Alvarado

T.I.No. 910910-25588 de la Calera

El Título de

Bachiller Técnico
Con Especialidad Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes.

Dado en Medina a. 7 de Diciembre de 2.007
Acta General de Graduación No 36

Lic. Luis Alfonso Martín Castillo
C.C. 60.370.613 de Gachetá
Rector

Lic. Luis Orlando Garzón Cárdenas
C.C. 3.008.577 de Medina
Secretario

No se requiere Registro, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994.

Powered by CamScanner

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL
ALONSO RONQUILLO

MEDINA - CUNDINAMARCA
Aprobado por Resolución No. 005715 del 23 de Diciembre de 2003
Carrera 6 No 16-53 Teléfono 098 6768040

Inscripción S.E Acta No 01
DANE 125138000213

En el Municipio de Medina Cundinamarca , a los siete (07) días del mes de Diciembre del año 2007, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del grado undécimo, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL "ALONSO RONQUILLO", del municipio de Medina Cundinamarca, institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca , para otorgar el Título de BACHILLER TÉCNICO en la ESPECIALIDAD COMERCIAL, según Resolución No. 005715 del 23 de Diciembre de 2003

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER TÉCNICO CON ESPECIALIDAD COMERCIAL al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Carlos Ariel López Alvarado

T.I.No. 910910-25583 de la Calera

Es fiel copia tomada del Acta original General No 38 de Fecha siete (07) de Diciembre del año 2007
Consta de (55) cincuenta y cinco estudiantes, comienza con el nombre de SANDRA YINETH ACOSTA ALVARADO y se cierra con el nombre de LUIS MIGUEL VILLAMIL MARTINEZ

Firmada por LIC. LUIS ALFONSO MARTIN CASTILLO (Rector) y LIC. LUIS ORLANDO GARZÓN CÁRDENAS. (Secretario Ejecutivo)

Dada en el municipio de Medina, Cundinamarca a los siete (07) días del mes de Diciembre del año 2007.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

Firmada y sellada

Lic. Luis Alfonso Martín Castillo
C.C. 80.376.613 de Gachetá
Rector

Lic. Luis Orlando Garzón Cárdenas
C.C. No. 3.098.577 de Medina
Secretario

Powered by CamScanner

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

FUCS

Acta de Grado No. 153

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los dieciocho (18) días del mes de junio de 2015, en el Auditorio Guillermo Fergusson del Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No. 3290 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 413 del dieciséis (16) de junio de 2015, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Enfermero

a

Carlos Ariel López Alvarado

Identificado con cédula de ciudadanía No. 1.122.649.296 de Restrepo, como consta en el acta No. 153 folios 015 y 016 del libro de actas N° 3.

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

En el diploma de grado aparecen la firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Enfermera Yolanda Muñoz Hernández, Decana, Enfermera María del Pilar Gutiérrez López, Secretaria Académica y para constancia de lo anterior, firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los dieciocho (18) días del mes de junio del año dos mil quince (2015).

MANUEL ROBERTO PALACIOS PALACIOS
Secretario General

Código de Aprobación SNIES, No. 1769

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 1.122.649.296
ENFERMERO
CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO
FUND UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS
BOGOTA D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 18/06/2015
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 04/12/2015

Crear4D.com | 821 9116

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Escaneado con CamScanner

De conformidad con los articulos 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) CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO identificado(a) con CC 1122649296 registra La siguiente información:

2024-05-11 6:16:04 AM

Información Académica

UNV	Local	ENFERMERIA	2015-12-04	1122649344	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2009-10-30	4111	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Datos SSO

Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **9512** *de* **18/08/2015**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) LOPEZ ALVARADO CARLOS ARIEL Identificado(a) con CC número 1122649296 expedida en RESTREPO - ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD el día 18/06/2015, acta de grado Nro. 153, Diploma Nro. 5574 y registrado en el libro 2615 Folio 80 año 2015.

Que de conformidad con la Resolución 2358 de 16 de junio de 2014, del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL por la cual se establece el procedimiento para la asignación de las plazas del Servicio Social Obligatorio, de las profesiones de medicina, odontología, enfermería y bacteriología en la modalidad de prestación de servicios de salud, se llevo a cabo el proceso de asignación de plazas el día 16/07/2015.

Que el(la) señor(a)LOPEZ ALVARADO CARLOS ARIEL, no resulto con plaza asignada para la prestación del Servicio Social Obligatorio, en el proceso realizado en la fecha anteriormente citada y que de conformidad con lo señalado en el articulo 13 de la resolución 2358 de 2014, la Secretaria Distrital de Salud de Bogota D,C debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

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 LOPEZ ALVARADO CARLOS ARIEL identificado(a) con CC número 1122649296 expedida en RESTREPO - para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 18/08/2015

Original Firmado por:
Bernardo Camacho Rodríguez

BERNARDO ARMANDO CAMACHO RODRÍGUEZ.
Director de Calidad de Servicios de Salud (E).

Bogotá, D.C 08-Sep/2015
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Carlos Ariel Lopez Alvarado
CC. #. 1122649296
Firma Carlos A. Lopez Alvarado.

Aprobó : Daibeth Henriquez Iguaran
Reviso : Daniel Ortiz B./Carmen Rosa Gallego
Elaboro : Victor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

ISO 9001 ICONTEC 1000

BOGOTÁ HUMANA

Scanned with CamScanner

Colsubsidio
con todo lo que te mereces

Certifica que:

CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO
1122649296

Aprobó:

Atn. Integral a Víctimas de Violencia Sexual

Gerencia de Talento Humano

Departamento Gestión del Talento y del Aprendizaje

Martha Castaño
Martha Cecilia Castaño
Gerente de Talento Humano

TALENTO Sin Límites

11 de mayo de 2024

VIGILADO SuperSubsidio

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

Certifica que:

CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO

C.C. 1122649296

Aprobó:

GESTIÓN DE DUELO

Finalizado el 18 octubre 2023, con una intensidad de 20 horas.

Gerencia de Talento Humano
Departamento Desarrollo del Talento

Powered by CamScanner

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
FUCS

Facultad de Medicina

El Director de la Maestría en Farmacología Clínica de la facultad de Medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS, Institución de Educación Superior sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional de Colombia, con Personería Jurídica reconocida mediante Resolución 10917 de 1976, estatutos ratificados mediante Resolución 021948 de 2020, y Acreditación de Alta Calidad otorgada mediante Resolución 013601 del 09 de diciembre del 2019 con vigencia de 4 años, disposiciones expedidas por el mismo Ministerio

CERTIFICA

Que el doctor **Carlos Ariel López Alvarado,** identificado con cédula de ciudadanía **1.122.649.296** de Restrepo - Meta, actualmente se encuentra matriculado en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS, cursando tercer semestre del programa **Maestría en Farmacología Clínica** en los horarios correspondientes al programa, los cuales son los viernes de 4:30 p.m. a 9:00 p.m. y los sábados de 7:00 a.m. a 03:00 p.m., durante el período comprendido entre el 14 de enero hasta el 04 de junio de 2024**.**

Se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C., a los 05 días del mes de abril de 2024.

Alvaro Vallejos

ALVARO VALLEJOS NARVAEZ MD MSc PhD(c)
Director Maestría en Farmacología Clínica
Jefe Cátedra de Farmacología
Facultad de Medicina Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS Tel: 4375404 Ext: 3599
www.fucsalud.edu.co - **Bogotá D.C., Colombia**

Carlos Saiz

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
"COLSUBSIDIO"
NIT. 860007336-1

HACE CONSTAR:

Que CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1122649296, trabaja al servicio de la Caja desde el 01 de abril de 2016, con contrato Indefinido, desempeñando el cargo de Enfermera con un sueldo básico mensual de $3.384.400.

El promedio de ingresos variables mensuales es por valor de $871.655 según los últimos tres meses.

Se expide a solicitud del interesado a los 07 días del mes de febrero del año 2023.

Atentamente,

LUIS JAVIER GOMEZ VASQUEZ
Jefe Departamento Compens
Tel. 7447575 Opción 2

Para Confirmación de la información de este certificado por favor escribanos al correo ServicioCliente.ServiciosCompartidos@colsubsidio.com

- Usuario de impresión: 54448

EL (A) SUSCRITO (A) DIRECTOR (A) DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 del 06 de abril de 2016 se reorganizó el Sector Salud en el Distrito Capital; el Artículo 5 del Acuerdo en mención, subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas.

Revisados los archivos que reposan en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., se evidenció que, el (a) señor (a) **LOPEZ ALVARADO CARLOS ARIEL** identificado (a) con C.C. Núm.**1122649296** ha suscrito con la entidad los siguientes contratos de prestación de servicios Profesionales y apoyo a la Gestión relacionados a continuación

AÑO	NUMERO DE CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO	VALORES HONORARIOS
2022	5	2022-01-14		PROFESIONAL UNIVERSITARIO II - ENFERMERO (A)	$3,736,514.00

a continuación, se describen las obligaciones con forme al último objeto contratado, así:

- 1- Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo de los Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC, de acuerdo a los requerimientos tecnicos propios de cada linea.
  2- Estructurar y desarrollar sesiones de informacion, educacion y comunicacion, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en los diferentes Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC.
  3- Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revision.
  4- Identificacion, caracterizacion y evaluacion del perfil de riesgo individual y colectivo en poblacion de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operativizacion de acciones de los Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC.
  5- Aplicacion de los tamizajes definidos en cada linea de trabajo de los Espacios y/o procesos transversales.
  6- Promover en la poblacion de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente practicas de

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
NIT: 899.999.063-3

LA DIRECTORA DE PERSONAL DE LA SEDE BOGOTÁ

CERTIFICA

Que el señor CARLOS ARIEL LÓPEZ ALVARADO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.122.649.296 expedida en Restrepo (Meta), ha estado vinculado en esta institución docente en la modalidad de Docente Ocasional adscrito al Departamento de Enfermería, mediante Resolución de la Facultad de Enfermería No. 296 del 29 de marzo de 2022, durante el periodo comprendido entre el 20 de abril y el 30 de junio de 2022, dictando la asignatura: Cuidado de enfermería en situaciones agudas y críticas, con dedicación de diecinueve (19) horas semanales.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los dieciocho (18) días del mes de julio de dos mil veintidós (2022) a solicitud del interesado.

BLANCA CECILIA MARTÍNEZ TENJO

División de Personal Académico
Carrera 45 # 26-85
Edificio Uriel Gutiérrez Piso 4
(+57 1) 3165367 - (+57 1) 3165000 EXT: 18208 - 18242
Bogotá, D. C., Colombia
peracademico_bog@unal.edu.co

PROYECTO
CULTURAL,
CIENTÍFICO
Y COLECTIVO
DE NACIÓN

AV.Cra. 68 N° 90-88
Sede Administrativa Floresta
PBX (57) 1 646 8000
Fax (57) 1 271 6916
www.cafam.com
Bogotá - Colombia

LA SUSCRITA JEFE DE RELACIONES LABORALES

DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM

Nit. 860.013.570-3

HACE CONSTAR:

Que el(a) señor(a) **CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° **1.122.649.296** de **RESTREPO,** estuvo vinculado(a) a la Caja de Compensación Familiar CAFAM, mediante contrato de trabajo a **TERMINO FIJO** desde el **11 de abril de 2020** hasta el **04 de octubre de 2021,** con una intensidad horaria de **240** horas mes. Siendo la última asignación mensual **$3.096.900.**

A la fecha de terminación del contrato de trabajo ocupaba el cargo de **ENFERMERA(O) JEFE,** en **UNI.CUIDADO INTENSIVO ADULTOS CLINICA 93.**

Se expide la presente constancia en la ciudad de Bogotá, el martes, 26 de octubre de 2021.

Cordialmente,

KATHERINE BELLO ZULUAGA
Jefe Relaciones Laborales

CLÍNICA
EUsalud
Estás en buenas manos

EUSALUD S.A.
NIT: 800.227.072-8

Certifica que:

La información referenciada del empleado corresponde a la realidad contractual de la siguiente forma:

NOMBRE:	CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO
CÉDULA:	1122649296
CARGO ACTUAL:	JEFE DE ENFERMERIA
FECHA DE INGRESO:	24 de noviembre de 2017
SALARIO:	$ 1.700.000
AUXILIO DE TRANSPORTE:	$ 0
TOTAL INGRESO:	$ 2.250.000
TIPO DE CONTRATO:	Indefinido
FECHA DE EXPEDICIÓN:	6 de septiembre de 2018
ESTADO DEL CONTRATO:	Activo

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a) en Bogotá D.C., con destino a quien pueda interesar.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida en el teléfono 4320872 Ext. 964, 916 y 912.

Atentamente,

OSCAR EDUARDO CHARRY POLANCO
Director de Gestion Humana

SEDE ADMINISTRATRATIVA
PBX: 4320872-Cra 78 N°3A-40
www.eusalud.com
Clinida.eusalud@eusalud.com

CLINICA MATERNO INFANTIL
PBX: 4320872 Dg. 54 N° 16a-16
CLINICA DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
PBX: 4320872 Cra 78 N° 3A-40

Medicall
Talento Humano
NIT 900.682.543-8

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO S.A.S.

CERTIFICA:

Que **LOPEZ ALVARADO CARLOS ARIEL** identificado con cédula de ciudadanía número **1122649296** laboró en Medicall Talento Humano S.A.S., a través de un contrato de trabajo a Término Indefinido, desde el **1 de Marzo de 2014** hasta el **29 de Abril de 2016** desempeñando el cargo de **ENFERMERO (A) JEFE.**

En constancia de lo anterior se expide a solicitud del interesado a los DIECIOCHO (18) días del mes de Mayo del año DOS MIL DIECISEIS (2016).

HENRY LADINO DIAZ

GERENTE GENERAL

La presente certificación debe tener sello seco.

Carrera 67 Nº 4G-78 Piso 2 Telefónos: 742 5770 Fax 7425770

Bogotá

Srache

MEDICALL TALENTO HUMANO
Medicall
BOGOTA

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

Certifican que:

CARLOS ARIEL LOPEZ ALVARADO

C.C. 1122649296

Aprobó:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGENTES QUÍMICOS

Finalizado el agosto 10, 2023, con una intensidad de 20 horas.

Gerencia de Talento Humano
Departamento Desarrollo del Talento

Powered by CamScanner