MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ"

Al contestar, cite este número

Radicado N° **2024342029149133:** MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-DMSOC-29.60

Bogotá D.C 28 octubre 2024

Señora Mayor
EMMANUHELA RESTREPO CELIS
Oficial Gestión Administrativa y Financiera DMSOC
Bogotá, D.C.

Asunto: Entrega Carpeta Personal PS

Con toda atención y debido respeto me permito entregar a la señora Mayor Oficial Gestión Administrativa y Financiera DMSOC, la carpeta correspondiente a un prestador de servicio del ESM, allegada al área de talento humano de la Regional 9, para su revisión según hoja de ruta, verificando los siguientes documentos en la plataforma SIGEP II, así:

ESMIC– AUXILIAR DE ENFERMERIA

NOMBRE SERVIDOR PUBLICO:		CEDULA: EXTRANJERÍA		
PAULA DANIELA MONCADA HERNENDEZ		1.192.804.570		
	REQUISITO EXIGIDO	OBSERVACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
7	Formato único hoja de vida impreso donde se certifique los documentos del SIGEP así; Talento Humano deben verificar los soportes de la información registrada. El contratista debe cargar los soportes de la información correspondiente a estudios y experiencia profesional. ü el formato único hoja de vida impreso del **SIGEP II**, debe estar debidamente firmado (firma, pos firma, No. de identificación) tanto por el futuro contratista, como por el oficial o suboficial de desarrollo humano o administrador de personal de la unidad militar. tiempo de experiencia, certificados de experiencia, Documentos adicionales, tarjeta y resolución de la profesión, procuraduría, contraloría, policía, judicial, Rut.		CUMPLE	
8	**1. BLS** (Soporte vital básico) para auxiliares de enfermería personal asistencial **2. BLS-ACLS** (Curso avanzado de Soporte Vital Básico) para Enfermeros. Terapeutas Respiratorios y Medico y Especialistas **3. Certificado Curso de Humanización del servicio** **4. Certificado de Capacitación de atención a Víctimas de Violencia sexual** para el personal de los servicios de consulta externa hospitalización y servicios prioritarios, establecidos en la resolución 459 de 2012. **Declaración escrita de objeción** de conciencia en salud en caso de que aplique para Ginecología y Medico General.		CUMPLE	

Avenida Ciudad de Cali N 53b – 80 Sur Bogotá D.C.
dmsoc@buzonejercito.mil.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ"

9	https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/ ➢ Declaración de conflictos de interés particulares ➢ Declaración del impuesto sobre la renta y complementarios ➢ Declaración de bienes y rentas	Anual registrar en la página Web de la función pública. Ley 2013 de 2019,	CUMPLE	
10	Certificación bancaria actualizada en original	No mayor a 90 días	CUMPLE	
11	Fotocopia cédula de ciudadanía.		CUMPLE	
12	Fotocopia tarjeta profesional y certificado de vigencia (cuando aplique)		CUMPLE	
13	Fotocopia diploma bachiller y acta de grado		CUMPLE	
14	Fotocopia de diploma(s) de pre grado(s) y acta(s) de grado(s).		CUMPLE	
15	fotocopia de diploma(s) de posgrado(s) y acta(s) de grado(s)		CUMPLE	
17	certificado vigente de antecedentes judiciales (ponal)	No mayor a 90 días	CUMPLE	
18	certificado vigente responsabilidad fiscal (contraloría general de la república)	No mayor a 90 días	CUMPLE	
19	certificado vigente de antecedentes disciplinarios (procuraduría general de la nación)	No mayor a 90 días	CUMPLE	
20	Pantallazo impreso del sistema registro nacional de medidas correctivas de la POLICIA NACIONAL (**RNMC**).	No mayor a 90 días	CUMPLE	
21	Registro único tributario **(se debe adjuntar tanto el RUT como la verificación en la página web de la dian – consulta estado del rut https://muisca.dian.gov.co/webrutmuisca/defconsultaestadorut.faces**		CUMPLE	
28	Pantallazo impreso verificación de cada prestador de servicios que aparezca registrado en el **(RETHUS)** de acuerdo a lo establecido en la ley 1164 de 2007. Disposiciones Generales de igual forma debe incluir el número del acto administrativo. PERSONAL DE LA SALUD) que no se encuentren reportados, deben anexar oficio de solicitud de inscripción ante la secretaria de salud.		CUMPLE	

Se aprueba para continuar con el trámite correspondiente en área de contratación del DMSOC

Respetuosamente,

Sargento Primero OSCAR ANDRES GUZMAN SANCHEZ
Suboficial Talento Humano - DMSOC

Elaboró: AA12 CAMILO ANDRES OSORIO
Auxiliar administrativo Talento Humano – DMSOC

Vo.Bo: CT. CORREDOR SANABRIA EDWIN ALBEIRO
Oficial Contratación PS DMSOC

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato hoja de ruta contratos DIGSA Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-50 Proceso: Administración del Talento Humano

NOMBRE SERVIDOR PUBLICO: _____ **CEDULA:** _____

No.	REQUISITO EXIGIDO	OBSERVACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Autorización Director de ESM		✓	
2	Plan de necesidades		✓	
3	Requerimiento del cargo		✓	
4	Certificado de idoneidad		✓	
5	Estudio previo		✓	
6	Acta de compromiso de confidencialidad		✓	
7	Formato único hoja de vida impreso donde se certifique los documentos del SIGEP II así; ☐Talento Humano deben verificar los soportes de la información registrada. ☐ el contratista debe cargar los soportes de la información correspondiente a estudios y experiencia profesional. ☐ el formato único hoja de vida impreso del **SIGEP II**, debe estar debidamente firmado (firma, pos firma, No. de identificación) tanto por el futuro contratista, como por el oficial o suboficial de desarrollo humano o administrador de personal de la unidad militar. ☐ tiempo de experiencia certificados de experiencia ☐ Documentos adicionales ☐ tarjeta y resolución de la profesión ☐ procuraduria ☐ contraloria ☐ policía judicial ☐ rut	Artículo 18 de la Ley 909 de 2004	✓	
8	https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/ **o** siguiente enlace https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2012 ☐ Declaración de conflictos de interés particulares ☐ Declaración del impuesto sobre la renta y complementarios ☐ Declaración de bienes y rentas	Anual registrar en la página Web de la función pública. Ley 2013 de 2019. **Recuerde que los datos de acceso son diferentes al portal de SIGEP.**	✓	
9	**BLS** (Soporte Vital Básico) para auxiliares de enfermería personal asistencial. **BLS-ACLS (C**urso avanzado de Soporte Vital Básico) para Enfermeros, Terapeutas Respiratorios y Médicos y Especialistas **Certificado Curso de Humanización del servicio.** **Certificado capacitación de atención a Victimas de Violencia sexual** para el personal de los servicios de consulta externa hospitalizacion y servicio de prioritarias, establecido en la resolución 459 del 2012. **Declaración escrita de objeción de conciencia** en salud en caso que aplique para Ginecólogo y Medico General	Resolución 003316 de 2019 Resolución 3100 de 2019. Resolución 459 del 2012. Resolución 380/2018 del MSPS Resolución 051 del 2023 del MSPS Sentencia C-355 del 2006	✓	
10	Declaración de bienes y rentas LLENAR EL FORMATO		✓	
11	Certificación bancaria actualizada en original	No mayor a 90 días	✓	
12	Fotocopia cédula de ciudadanía.		✓	
13	Fotocopia tarjeta profesional y certificado de vigencia (cuando aplique)		✓	
14	Fotocopia diploma bachiller y acta de grado		✓	
15	Fotocopia de diploma(s) de pre grado(s) y acta(s) de grado(s).		✓	
16	fotocopia de diploma(s) de posgrado(s) y acta(s) de grado(s)		✓	
17	Oficio de entrega del ESP con nombre cedula y profesión.		✓	
18	certificado vigente de antecedentes judiciales (ponal)	No mayor a 90 días	✓	

19	certificado vigente responsabilidad fiscal (contraloría general de la república)	No mayor a 90 días		
20	certificado vigente de antecedentes disciplinarios (procuraduría general de la nación)	No mayor a 90 días		
21	Pantallazo impreso del sistema registro nacional de medidas correctivas de la POLICIA NACIONAL (**RNMC**).	No mayor a 90 días		
22	Registro único tributario **(se debe adjuntar tanto el RUT como la verificación en la página web de la DIAN – consulta estado del RUT https://muisca.dian.gov.co/webrutmuisca/defconsultaestadorut.faces)**			
23	PANTALLAZO IMPRESO EN EL CUAL CERTIFIQUE QUE SE ENCUENTRA EL PRESTADOR DE SERVICIOS INSCRITO EN EL **SECOP II** SE PUEDE INGRESAR EN EL SIGUIENTE LINK https://community.secop.gov.co/STS/users/login/index?skinname=CCE			
24	Constancia de afiliación al sistema integral de seguridad social en salud, pensión, deben incluir consulta página web **RUAF**			
25	**1.** Todo el personal debe presentarse en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo para realizar la afiliación a Riesgos Laborales. **2.** Entregar copia de certificado de afiliación a la **ARL donde se verifique el NIT de la Regional o DISAN**, en la oficina de contratos (se aclara que riesgos laborales se debe incluir en la **carpeta maestra una vez suscrito el contrato**, Personal tecnólogo en imágenes diagnósticas deben estar afiliados en Riesgo V.	No puede iniciar su ejecución contractual sin estar afiliado a Riesgos Laborales.		
26	Acta de compromiso de cumplimiento de las normas de bioseguridad.	Formato SG-SST DIGSA	?	
27	Certificado de exámenes ocupacionales de ingreso: con énfasis osteomuscular, visiometría y audiometría.	El examen tiene vigencia 3 años si no deja de trabajar continuamente.		
28	Todo el personal debe solicitar en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo ***"Formato de requisitos de vacunación según el cargo"***. (este formato será revisado y aprobado por la oficina de SST en vista que es requisito para continuar el proceso de contratación). ☐ Actividades administrativas de archivo. **(Toxoide Tetánico y Difteria)** ☐ Actividades netamente administrativas en zona endémica. ☐ Actividades de servicios generales y mantenimiento. ☐ Actividades de manipulación de alimentos. ☐ Actividades administrativas y alternamente asistenciales con procedimientos. ☐ Actividades administrativas y alternamente asistenciales pero que no realizan procedimientos. **(Influenza estacional, Fiebre amarilla, Varicela, Triple Viral, DPTA , Neumococo)** ☐ Actividades únicamente asistenciales. **(Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza estacional, Fiebre amarilla, Varicela, Triple Viral, DPTA , Neumococo, Toxoide Tetánico y Difteria).**	Presentar copias legibles de carnets de vacunación y/o titulaciones vigentes a partir del año 2000.	? Formol SST	
29	Pantallazo impreso verificación de cada prestador de servicios que aparezca registrado en el (**RETHUS**) de acuerdo a lo establecido en la ley 1164 de 2007. Disposiciones Generales de igual forma debe incluir el número del acto administrativo. PERSONAL DE LA SALUD) que no se encuentren reportados, deben anexar oficio de solicitud de inscripción ante la secretaria de salud.			
30	Anexo G "datos generales"			
31	Concepto evaluación psicología	No mayor a un año	?	
32	Pacto de integridad		?	
33	DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES			
34	REGISTRO DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)			

Fecha Elaboración: _____

Firma: _____

Postfirma: _____

Grado - Nombres y Apellidos

Funcionario responsable manejo expediente

PUBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
ESCUELA MILITAR DE CADETES " GENERAL JOSE MARIA CORDOVA"
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR

Al contestar, cite este número

Radicado N° **2024922027853773**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-CEDOC-ESMIC-ESM-TH-29.57

Bogotá DC 16 octubre del 2024

Asunto: Autorización del ESM ESMIC

Previa la revisión de los documentos de idoneidad para acceder al Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto es la prestación de servicios como (auxiliar de enfermería) a la señora (PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ) identificada con cedula de ciudadanía número 1.192.804.570 de Bogotá, cumple a cabalidad con las condiciones establecidas por la ley y la entidad, previa la confrontación de la documentación allegada como contratista.

Lo anterior se expide en el mes de octubre de 2024.

Mayor. YOLANDA PEÑA ESCOBAR
Directora Establecimiento de Sanidad Militar
Escuela Militar de Cadetes " General José María Córdova"

Elaboró: SP/ Elmer Tapasco
coordinador Talento Humano EMS ESMIC

PATRIA HONOR LEALTAD

Calle 80 No 38-00
Bogotá. – Cundinamarca.
elmer.tapasco@buzonejercito.mil.co

PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
ESCUELA MILITAR DE CADETES "GENERAL JOSE MARIA CORDOVA"
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR

Al contestar, cite este número
Radicado N° **2024922028632943**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-CEDOC-ESMIC-ESM-TH-29.57

Bogotá, D.C. Octubre del 2024

Señora Mayor
MARIA ROCIO RIAÑO RUIZ
Directora (E)Dispensario Médico Suroccidente "Héroes del Sumapaz"
Calle 86 No 53 B 80 sur

Asunto: Requerimiento del Cargo del ESM ESMIC

Con toda atención, me permito solicitar al Señor Mayor Oficial Gestión Administrativa y Financiera Dispensario Médico Suroccidente "Héroes del Sumapaz" la autorización para contratar un Auxiliar de Enfermería al señor(a) **PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ** identificada con Cedula de Ciudadanía No 1.192.804.570 de Bogotá , en apoyo al área de enfermería del Establecimiento de Sanidad Militar de la Escuela Militar de Cadetes "General José María Córdova" para llevar a cabo las actividades relacionadas en las etapas, tal y como se señala a continuación:

1. Efectuar la prestación del servicio como AUXILIAR DE ENFERMERIA en la atención de los usuarios que lo requieran en las diferentes áreas destinadas por el departamento de Enfermería dentro del horario en el Establecimiento de Sanidad Militar ESMIC.
2. Velar por el cuidado de los equipos e instrumental utilizado en el o los servicios que sea asignada/o, solicitando el mantenimiento preventivo que requiera los equipos para prolongar su vida útil, así como realizar su mantenimiento en primer nivel.
3. Informar novedades presentadas en el servicio al coordinador y/o jefe de la sección.
4. Participar en los programas de promoción y detección de las enfermedades que contemplan cada una de las rutas de atención integral en salud (RIAS).

Calle 80 No 28-00
Bogotá D.C.
Elmer.tapasco@buzonejercito.mil.co

5. Desarrollar las actividades administrativas necesarias que conduzcan a la buena organización y funcionamiento en el o los servicios que sea asignada/o del dispensario médico.
6. Establecer y mantener canales de comunicación adecuados con los usuarios, jefe del departamento, coordinador de servicio, jefe de sección y con el supervisor del contrato informando oportunamente cualquier novedad presentada que pueda influir negativa o positivamente en la prestación del servicio.
7. No realizar cambios en las agendas, ni llamados de pacientes cuando los profesionales no se presenten a la consulta, sin la autorización del coordinador del área de consulta externa.
8. Colaborar con cancelación y reprogramación de pacientes que no puedan ser atendidos por el profesional, por algún tipo de calamidad, todo esto previa autorización del Coordinador de sección.
9. Realizar las diferentes capacitaciones programadas por el área de garantía de la calidad, evaluación y seguimiento, departamento de enfermería, salud.sis del Establecimiento de Sanidad Militar ESMIC.
10. El contratista estará dispuesto a rotar por todas las dependencias del ESM ESMIC cuando sea necesario y coordinado por el Departamento de Enfermería.
11. Se compromete a ayudar a cumplir las metas del área o sección donde sea asignado.
12. Realizar los registros en SALUD SIS según el perfil asignado para cumplimiento de las actividades de cuidado de enfermería en forma completa y oportuna en la historia clínica observanco las normas de calidad de los mismos. Asistir a las capacitaciones programadas de humanización en el servicio de salud por parte de atención al usuario del ESM ESMIC.
13. Si se presentan más de dos quejas (internas o externas) el contratista debe realizar un plan de mejoramiento el cual se le realizará seguimiento a través del comité de ética y humanización.
14. Mantener reserva y confidencialidad frente a temas y asuntos tratados en las reuniones de la dirección, subdirección de servicios de salud y del departamento de enfermería.
15. Cumplir los principios de asepsia, antisepsia y normas de bioseguridad, según los contextos de desempeño.
16. Realizará la preparación y administración de medicamentos por diferentes vías con previa orden médica bajo la supervisión de enfermera/o profesional.
17. Ejecutar acciones de auxiliar de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.

18. Realizar procedimientos inherentes a la profesión entre otros la toma de signos vitales, venopunción, tomas de Glucometria, Toma de muestras de laboratorio, curaciones, retiro de puntos, colocación de medicamentos por vías venosas según orden médica y bajo supervisión del Enfermero/a profesional igual forma aplicando los conocimientos adquiridos durante su formación.
19. Contribuir y participar en actividades de educación continuada establecidas por la Institución como: charlas, talleres, procesos educativos a las familias gestantes, recién nacidos, menores de 5 años, Adolescente, Adulto joven, Adulto y Adulto Mayor; personas con enfermedades crónicas no transmisibles no controladas, personas con TBC – Lepra, discapacidad, salud mental, eventos de interés en salud pública entre otras.
20. Cumplir con las evaluaciones de las diferentes capacitaciones realizadas ya sea por el Departamento de enfermería o de otro servicio.
21. Diligenciar los instrumentos establecidos para el cumplimiento de sus demás actividades asignadas.
22. Cumplir con la entrega de la estadística de productividad, de acuerdo a la plantilla estipulada por la Sección de Bioestadística de la Dirección de Sanidad, esto deberá ser entregado en los tiempos establecidos, de lo contrario se reportará en 0% el cual será incluido en el informe de cumplimiento mensual por parte del supervisor del contrato.
23. Cumplir con las normas de bioseguridad universales y las establecidas por la institución entre las cuales se incluye el uso estricto de elementos de protección, uso de traje blanco con toca (lunes a viernes), traje azul según el área que se encuentra establecida por el departamento de enfermería (Sábados); Prohibido el uso de accesorios como sacos, chaquetas, Fiyak y buzos de colores que no correspondan al uniforme; el porte de accesorios discretos SIN ANILLOS, PULSERAS, ARETES COLGANTES MAYORES DEL LÓBULO DE LA OREJA, EL CABELLO RECOGIDO EN SU TOTALIDAD CON MAYA DE COLOR NEGRO Y UÑAS CORTAS,MAQUILLAJE SOBRIO.
24. Cada Auxiliar de enfermería deberá realizar mensualmente el cumplido, para la respectiva cancelación de sus honorarios, en concertación con el cumplimiento de las actividades asignadas por el Departamento de Enfermería y realizar la entrega oportuna en las fechas establecidas.
25. Informar con cinco (5) días de anticipación el ausentarse de la Institución ya sea de índole personal o por cita médica al Departamento de enfermería.
26. Informar al supervisor del contrato de cualquier situación que impida o entorpezca la normal ejecución del contrato, dentro de los días (02) días siguientes a su ocurrencia, so pena de asumir personalmente las responsabilidades que de esto se derive.
27. Dar cumplimiento a la directiva de informática y confidencialidad.

Calle 80 No 28-00
Bogotá D.C.
Elmer.tapasco@buzonejercito.mil.co

28. Brindar una atención, digna y humanizada cumpliendo con el decálogo del buen trato usuario-funcionario del ESM ESMIC
29. Reportar incidentes y/o eventos adversos en la atención. (Seguridad del paciente)
30. Dar cumplimiento a las disposiciones, directivas, circulares, protocolos, e instrucciones y política emitidas por la Dirección General de Sanidad Militar.
31. Informar oportunamente al personal responsable sobre situaciones de emergencia y riesgos que observe en el paciente, familia, la comunidad y el medio ambiente.
32. En el área de trabajo realizar inventario de los elementos de forma cumplida garantizando su funcionamiento.
33. Esterilizar, preparar y responder por el material, equipo y elementos a su cargo.
34. Ejercer la profesión teniendo en cuenta los principios de la ética, los valores morales y la responsabilidad en sus actos.
35. Efectuar austeridad en el gasto de insumos teniendo en cuenta su necesidad fundamental racionalidad en el recurso y dando razón de su uso.
36. Apoyar en la canalización del usuario al llegar al servicio guiándolo en la especialidad referida.
37. Apoyar en el traslado en ambulancia básica y medicalizada de usuarios internos y externos a nivel extramural coordinados por el departamento de enfermería, dentro del distrito capital.
38. Cumplir con el manejo de archivo de historia clínica establecida para el Establecimiento de sanidad cumpliendo con la Resolución 1995 del año 1999 del Ministerio de Salud o normatividad vigente.
39. Realizar los registros en la historia clínica digital en SALUD SIS establecida para el Establecimiento de sanidad cumpliendo con la Resolución 1995 del año 1999 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas para el manejo de la Historia Clínica. (Salud SIS). Tener en cuenta que la información que se maneja en las historias clínicas es de carácter reservado y que se encuentran bajo su custodia y responsabilidad.
40. Cumplir con las actividades asignadas por el líder del Departamento de Enfermería del DMGEM, las cuales se describen a continuación:

CONSULTA EXTERNA:

1. Registrar el ingreso con la hora de llegada de los pacientes para la atención oportuna por parte de médicos y especialistas Registrar la no asistencia de pacientes en los tiempos asignados por la agenda de cada médico y especialista.

2. Hacer llamado de los pacientes en el momento que el médico o especialista lo requiera.
3. Realizar entrega de órdenes médicas efectuadas por el personal médico verificando nombre del paciente, cedula sello y firma del médico tratante.
4. Cumplir con los requerimientos de asepsia y valoración de las condiciones físicas de los instrumentos de los consultorios como tensiómetros, fonendoscopios, pesas, equipos de órganos, cintas métricas, camilla y demás elementos necesarios para la consulta y procedimientos quirúrgicos.
5. Apoyo al personal de salud en: Mantener los consultorios en óptimas condiciones tanto en limpieza, papelería e insumos para que así mismo el medico pueda desarrollar sus actividades con calidad y diligencia.
6. Apoyar al profesional de la salud en mantener organizada sus planillas de consulta en su carpeta respectiva,
7. Guiar al usuario según los requerimientos realizados por el profesional.
8. Realizar los registros de los inventarios de los consultorios en las áreas de atención de segundo y tercer piso.
9. Realizar los registros correspondientes con los formatos establecidos.
10. Dar cumplimiento al proceso de formatos de comités técnico científico establecidos por el ESM ESMIC con la seguridad de los documentos requeridos.
11. Registrar oportunamente en el libro de enfermería tanto en el recibo como en la entrega de turno las novedades presentadas durante el desarrollo de las actividades del ESM ESMIC
12. Apoyar asistencialmente al personal médico en los procedimientos requeridos.
13. Realizar toma de signos vitales, toma de glucometría, curaciones, inyectología y retiro de puntos según orden médica y/o protocolos de la Institución.

Lo anterior para los fines que esa dirección considere conveniente.

Mayor. YOLANDA PEÑA ESCOBAR
Directora Establecimiento de Sanidad Militar
Escuela Militar de Cadetes " General José María Córdova

Elaboro: SP. TAPASCO CRUZ ELMER
Coordinador Talento Humano EMS ESMIC

Calle 80 No 28-00
Bogotá D.C.
Elmer.tapasco@buzonejercito.mil.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
ESCUELA MILITAR DE CADETES "GENERAL JOSE MARIA CORDOVA"
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR

Al contestar, cite este número

Radicado N° **2024922027855853**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-CEDOC-ESMIC-ESM-TH -29-57

Bogotá, D.C. 16 de Octubre del 2024

Asunto: Certificado de idoneidad Auxiliar de Enfermería ESM

Previa la revisión de los documentos de idoneidad para acceder al Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto es la prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería al señor(a) (PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ) identificada con cedula de ciudadanía número 1.192.804.570 de Bogotá, que una vez verificados sus documentos educativos y realizadas las respectivas pruebas de conocimientos el aspirante cumple a cabalidad con las condiciones de idoneidad establecidas por la ley y la entidad, previa la confrontación de la documentación allegada como contratista.

Lo anterior se expide en el mes de octubre de 2024.

Mayor. YOLANDA PEÑA ESCOBAR
Directora Establecimiento de Sanidad Militar
Escuela Militar de Cadetes "General José María Córdova"

Elaboro: ELMER TAPASCO
coordinador talento humano EMS ESMIC

PATRIA HONOR LEALTAD

Calle 80 No 38-00
Bogota D.C
Elmer.tapasco@buzonejercito.mil.co

PUBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
ESCUELA MILITAR DE CADETES "GENERAL JOSE MARIA CORDOVA"
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Que libre, y voluntariamente, de manera unilateral, a nombre propio, asumo el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERA: Que el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJÉRCITO NACIONAL / DIRECCIÓN DE SANIDAD / DISPENSARIO MEDICO Establecimiento de Sanidad Militar "General José María Córdova" adelanta la contratación directa cuyo objeto es prestar mis servicios profesionales como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** para apoyar a (prioritaria y observación continua)

SEGUNDA: Que es propósito Apoyar la Gestión de la Institución en lo que hace referencia a todas las obligaciones específicas definidas en el contrato de prestación de servicios profesionales

TERCERA: Que siendo de mi interés efectuar la contratación directa enunciada en el considerando primero precedente, me encuentro dispuesto a asumir con la debida confidencialidad de la ejecución propia de los procesos y proyectos así como de la ejecución de las actividades; en tal sentido suscribo el presente documento de confidencialidad, por el cual se garantiza la absoluta reserva, en la medida que la información técnica, económica y jurídica, puesta a disposición contiene datos referidos a bienes y/o servicios destinados a la defensa y seguridad nacional.

CUARTA: Que por lo tanto asumo libre y espontáneamente este compromiso, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA: Mediante la suscripción del presente documento, asumo los siguientes compromisos:

1.1. EL CONTRATISTA no duplicará total o parcialmente la documentación recibida, a efectos de trasladarla a terceros que puedan tener interés en la información de los procesos y proyectos, así como de la ejecución de las actividades de los mismos, en la información técnica, económica y jurídica.
1.2. EL CONTRATISTA se compromete a no permitir que, en su nombre, alguien, bien sea empleado del mismo, o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor incurra en lo señalado anteriormente.
1.3. EL CONTRATISTA, se compromete formalmente a cumplir en todo momento las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el

Calle 80 No 28-00
Bogotá D.C.
Elmer.tapasco@buzonejercito.mil.co

presente proceso y la relación contractual y se imponen las siguientes obligaciones:

a) No revelar información propia del objeto de la presente contratación
b) No permitir que terceros obtengan información sobre los procesos y/o proyectos, las finalidades y sus componentes técnicos, económicos y jurídicos
c) No obrar a través de terceros o sugerir que terceros hagan lo propio en su nombre
d) No publicar información alguna, por medios de comunicación electrónica o correos internos que permita a terceros acceder a la información

1.4. EL CONTRATISTA se compromete formalmente a no efectuar acuerdos de naturaleza alguna con terceros que manifiesten interés en el asunto.

CLÁUSULA SEGUNDA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO. EL CONTRATISTA asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias que el Ministerio considere procedente imponer, entre ellas, la presentación pública de su conducta transgresora, igualmente si el Ministerio demuestra que con su actuación se vulneran los derechos, podrá ejercer las acciones civiles, penales y administrativas que le permitan restablecer su situación, previa indemnización del daño causado.

CLÁUSULA TERCERA: Declara Igualmente EL CONTRATISTA que toda la información que se produzca en la ejecución del contrato, será confidencial y/o reservada.

En constancia de lo anterior y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de Bogotá (ENERO) 2024

PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ
C.C 1.192.804.570

Calle 80 No 28-00
Bogotá D.C.
Elmer.tapasco@buzonejercito.mil.co

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Moncada	Hernandez	Paula Daniela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1192804570 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 29 MES 06 AÑO 2001

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 54b # 46-55 sur

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO: 7240174 — EMAIL: paulamoncada824@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2018
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ´DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3770850	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	05	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE PRIORITARIA					*DIRECCIÓN* CALLE 80 38 0					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3486868	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	12	*Año* 2020	*Día*	15	*Mes*	01	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* "HOSPITALIZACION"					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 3C 49 2					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	5

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C, 07 de Octubre de 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Bogota 24/10/2024

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-10-09 19:40

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAULA	DANIELA	MONCADA	HERNANDEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1192804570

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 Residencias Tequendama Torre Norte Oficina 204"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2022 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.350.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.350.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$8.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Paula Daniela Moncada Hernández

CC 1192804570 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2023-10-03
Fecha de vencimiento: 2025-10-03

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Paula Daniela Moncada Hernández

CC 1192804570 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2022-09-21
Fecha de vencimiento: 2024-09-21

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Paula Daniela Moncada Hernández

CC 1192804570 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2022-11-08
Fecha de vencimiento: 2024-11-08

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Paula Daniela Moncada Hernández

CC 1192804570 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2023-07-26
Fecha de vencimiento: 2025-07-26

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Paula Daniela Moncada Hernandez

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.192.804.570 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Colombia	Departamento	Cundinamarca	Municipio	Bogota D.C
Dirección	Carrera 54b # 46-55 sur			Teléfonos	3005294762

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Samuel Mauricio Moncada Gil	C.C 80.296.160 de Lenguazaque/Cund.	Padre
Jenny Andrea Hernandez Garcia	C.C 52.235.163 de Bogota D.C	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **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	2.038.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 2.038.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORRO	550485900015242	CHAPINERO	$ -
BBVA	AHORRO	18369314	POLO	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota D.C., 05 de octubre del 2024
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

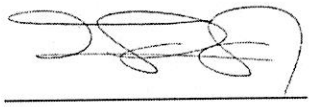
Que nuestro(a) cliente PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,192,804,570 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 018369314 aperturada el 12 de diciembre de 2022 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 7 de octubre de 2024.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0018369314
Cuenta de 16 dígitos:	0018000200369314
Cuenta de 20 dígitos:	00130018000200369314

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.192.804.570
MONCADA HERNANDEZ

APELLIDOS
PAULA DANIELA

NOMBRES

Paula Moncada

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-2001
UBATE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

08-JUL-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01304290-F-1192804570-20220622 0079813501A 1 8504950399

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No A18817 del día 11 del mes de Diciembre del año 2020

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ Identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1192804570, solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión/ocupación AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, el día 2020-11-08, con el acta 103, registrado en el libro 2, año 2020.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1192804570, para ejercer la profesión/ocupación de AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1192804570, quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

ARTÍCULO TERCERO: Notifíquese electrónicamente el contenido de la presente Resolución a PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ , identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1192804570, o a quien haga sus veces, haciéndole saber que, contra la misma sólo procede el recurso de reposición ante esta Dirección, el cual deberá interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación electrónica, por medio de la plataforma virtual mediante la cual se llevó a cabo el trámite inicial o por escrito.

NOTIFIQUESE, Y CÚMPLASE Dada en Bogotá, D.C. a los 11 días del mes de Diciembre del año 2020

Subdirector (a) Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud (E).
Código de verificación: ho9fBr4LUA

La República de Colombia
y en su nombre, la

Escuela Normal Superior María Auxiliadora

Villapinzón • Cundinamarca

Reconocida oficialmente y autorizada para impartir educación formal en los niveles de preescolar, básica primaria, básica secundaria , media académica con profundización en el campo de la educación y la formación pedagógica y formación complementaria (4 semestres) para docentes de preescolar y básica primaria, jornada única y formal de adultos mediante un programa educativo estructurado en ciclos lectivos especiales integrados de manera presencial en jornada nocturna y semipresencial en jornada sabatina y dominical, institución de naturaleza oficial , calendario A, según resolución No 0008334 del 09 de septiembre de 2015 emanada de la secretaria de Educación del Departamento de Cundinamarca y autorizada para ofrecer el funcionamiento del programa de formación complementaria de educadores para preescolar y básica primaria según resolución No 9107 de octubre de 2010, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Confiere a:

Paula Daniela Moncada Hernández

T.I. No. 1.192.804.570 de Ubaté, Cundinamarca

El título de

Bachiller Académico

Con profundización en el Campo de la Educación y la formación Pedagógica

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica Secundaria y Media Académica, según lo Planes y programas vigentes

Rectora

Secretaria

Anotado al Folio No. 92 Libro de Registro No. 1

Dado en Villapinzón, a los 30 días de Noviembre de 2018

No. Registro, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedida por el M.E.N.

I.E.D. ESCUELA NORMAL SUPERIOR
MARIA AUXILIADORA
Villapinzón - Cundinamarca
Nit. 860.029.250-1 DANE 125873000209

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la Ciudad de Villapinzòn, a los 30 días del mes de Noviembre del año 2018, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último Grado, las Suscritas Rectora, Secretaria, en la Rectoría de La I.E.D. Escuela Normal Superior "MARIA AUXILIADORA" Reconocida oficialmente y autorizada para impartir Educación formal en los niveles de Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria, media académica con Profundización en el campo de la Educación y la formación Pedagógica y formación complementaria (4 semestres) para docentes de Prescolar y Básica Primaria Jornada UNICA y formal de adultos mediante un programa educativo estructurado en ciclos lectivos especiales integrados de manera presencial en jornada nocturna y semipresencial en Jornada sabatina y dominical, Institución de naturaleza oficial, Calendario A, Según Resolución No. 0008334 del 09 de Septiembre de 2015, emanada de la Secretaría de Educación del Departamento de Cundinamarca y autorizada para ofrecer el funcionamiento del Programa de Formación Complementaria de educadores para Preescolar y Básica Primaria según Resolución No. 9107 del 21 de Octubre de 2010, emanada del Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de,

B A C H I L L E R A C A D E M I C O
Con profundización en el campo de la Educación y la formación Pedagógica

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica Secundaría y media académica, según los planes y programas vigentes, se procedió a otorgar el Titulo de:

BACHILLER ACADÉMICO
Con profundización en el campo de la Educación y la formación Pedagógica

Al Graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Paula Daniela Moncada Hernández
T.I. No. 1.192.804.570 de Ubaté

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 72 de Noviembre 30 de 2018, que consta de 130 estudiantes que comienza con el nombre de Cindy Mayerly Abril Chavez, y se cierra con el nombre de Gabriel Steban Wilches Contreras

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado por la ley 115 de 1994, el Artìculo 7º. Del Decreto 180 de 1981.y el Decreto 921 de 1994.

Dada en Villapinzón, a 30 dias del mes de Noviembre de 2018

HNA ANA HILDA GOMEZ GUZMAN
C.C.No. 30.768.449 DE TURBACO
Rectora

LUZ ANGELA MARTIN MACIAS
C.C.No.52.008.161 de Bogotá
Secretaria

La República de Colombia

en su nombre la

Escuela de Auxiliares de Enfermería del

Hospital Militar Central

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Ley 1064/2006

Aprobación Ministerio de Educación Nacional Resolución No. 0787 del 4 de Abril de 1963; Autorización Oficial de la Secretaría de Educación de Bogotá Resolución No. 4563 del 13 de Junio de 1997, Resolución No. 02-0024 del 22 de Abril del 2010, Resolucion No. 02-0105 del 16 de Diciembre de 2015, Resolución No. 02-0122 del 19 de Diciembre de 2016, Resolución No. 020650 del 20 de Junio de 2017, de la Secretaría de Educación de Bogotá, Distrito Capital.

Confiere a:

PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ

C.C. No. 1.192.804.570 de Bogota D.C.

El certificado de Aptitud Ocupacional de

Técnico Laboral por Competencias

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente el Programa de:

Auxiliar en Enfermería

Intensidad Horaria: 1800 Horas

Certificado N° 103 - 08

SMSM María Constanza Castro Barriga
Coordinadora Académica Escuela de Auxiliares de Enfermería

SMSM Julieta Barrera Coronado
Directora Escuela de Auxiliares de Enfermería

SMSM Mercedes Del Pilar Valero Pérez
Jefe Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad de Formación y Docencia

CR MED Hans Fred García Araque
Subdirector del Sector Defensa
Subdirección de Docencia e Investigación Científica (E)

MG Clara Esperanza Galvis Díaz
Directora General de Entidad Descentralizada
Adscrita del Sector Defensa

Dado en Bogotá D.C., el 06 de Noviembre de 2020

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA
Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobación Oficial del Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 0787 del 4 de Abril de 1963; Autorización Oficial según Resoluciones No. 4568 del 13 de Junio de 1997; No. 02-0024 del 22 de abril de 2010 y Resolución No. 02-012 del 03 de marzo de 2016, Resolución No. 02-0105 del 16 de diciembre de 2016 Resolución No. 02-0122 del 19 de diciembre de 2016 y Resolución No. 020050 del 20 de junio de 2017 de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 103

Que:

MONCADA HERNANDEZ PAULA DANIELA
Cédula No. 1.192.804.570 de Bogotá D.C.

Quien cursó y culminó satisfactoriamente el Programa: **AUXILIAR EN ENFERMERÍA** con una duración de 1800 horas y le confiere el Certificado **APTITUD OCUPACIONAL DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

En atención en lo que consta en los archivos del libro de registro No. 2 Acta No. 103 de la Escuela de Auxiliares de Enfermería del Hospital Militar Central. Programa del 24 de abril de 2019 al 30 de octubre de 2020.

Se firma la presente acta en Bogotá, D.C., a los seis (06) días del mes de noviembre de 2020.

SMSM JULIETA BARRERA CORONADO
Directora Escuela de Auxiliares de Enfermería
Hospital Militar Central

SMSM MARÍA CONSTANZA CASTRO BARRIGA
Coordinadora Académica Escuela de Auxiliares de Enfermería
Hospital Militar Central

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
ESCUELA MILITAR DE CADETES "GENERAL JOSE MARIA CORDOVA
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR

Al contestar, cite este número
Radicado N° **2024922028725503**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-CEDOC-ESMIC-ESM-TH-29.57

Bogotá D.C., 26 de enero de 2024

Señor Capitán
WILFRAN ALBERTO ALMEYDA HERNANDEZ
Oficial B2 Escuela Militar de Cadetes
"General José María Córdova"

Asunto: Envió Formatos Para Estudios de Seguridad

Respetuosamente me permito entregar al Señor Capitán, Oficial B2 Escuela Militar de Cadetes "General José María Córdova"; los formatos para Estudio de Seguridad Personal, de 05 Prestadores de Servicio quienes iniciaran contrato el Establecimiento de Sanidad Militar como Médicos Generales y Auxiliar de Enfermería a partir del 01 de noviembre 2024, con el fin de realizar el trámite pertinente requerido por su sección. Así:

NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO
LAURA TATIANA MORALES ZULUAGA	1.020.819.031	MEDICO GENERAL
SOL DANIELA CARRERA PORTELA	1.016.007.665	MEDICO GENERAL
MARIBEL PEREIRA CACHAY	1.118.563.774	AUXILIAR ENFERMERIA
PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ	1.192.804.570	AUXILIAR ENFERMERIA
JONATHAN ELIAS VERGARA MARTINEZ	1.102.836.563	AUXILIAR ENFERMERIA

Respetuosamente,

Mayor. YOLANDA PEÑA ESCOBAR
Directora Establecimiento de Sanidad Militar
Escuela Militar de Cadetes "General José María Córdova"

Elaboró: SP. Elkner Tapasco
Coordinador Talento Humano ESM ESMIC

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:41:53 PM horas del 07/10/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1192804570**

Apellidos y Nombres: **MONCADA HERNANDEZ PAULA DANIELA**

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

Todos los derechos reservados.

Claro 4G 10:11

mivacuna.sispro.gov.co

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1192804570

Fecha nacimiento / Date of birth

29/06/2001

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda	-

Lote / Vaccine Batch

EN1194	EN1195	-

Vacuna / Vaccine

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	-

Centro vacunador / Administering Center

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

18/02/2021	11/03/2021	-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	-

Sello digital / Digital Stamp

F6KWQ7XGX3IA4FLYZK5W PAA6NO6PEDJFWJYDJZPX 2P5NCMHTYD5Q	QGRFDIMOVZCBJDZXCX6U ZTNKRV5H46UOUGA4ERVH 2IQZF64XP4FA	-

Fecha de emisión del documento / Document issued

07/12/2021	07/12/2021	-

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

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

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

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

Ver certificado en MiVacuna

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

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

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

View certificate in MiVacuna

ESQUEMA ANTIRRÁBICO

	No. DOSIS	No. DÍA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICIÓN	1a.	0		
	2a.	3		
	3a.	7		
	4a.	14		
	5a.	28		
PRE-EXPOSICIÓN	1a.	0		
	2a.	7		
	3a.	28		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		
OTRAS	Prueba de Tuberculina	1a. Dosis		
		2a. Dosis		
		3a. Dosis		
	Gamaglobulina			
	Suero Antiofídico			
	Suero Antirrábico			
Anotaciones Especiales				

Vigilado Supersalud

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá. D.C.

S.A.M.U.

Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá

www.cruzrojabogota.org.co

243552

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE: PAULA DANIELA MONCADA H.

FECHA DE NACIMIENTO: 29-JUN-2001 SEXO: F

TELÉFONO: 1 192-804-570

Sv004

Escaneado con CamScanner

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILLUS INFLUENZAE	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1a. Dosis	08 ABR 2019	
	2a. Dosis	29 MAYO 019	
	3a. Dosis	29 JUL 2019	
	Refuerzo	19. NOV. 19.	

CRUZ ROJA COLOMBIANA
VACUNACIÓN ALQUERIA

Priorix™
1 dose/dosis (0.5 ml)
1 dose for/pour reconstitution
1 dosis para reconstitución
Inj./Inyec.: S.C. or I.M.

Measles, mumps and rubella vaccine
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubeola
Storage/Cons.: 2°C - 8°C
Do not freeze! Ne pas congeler! No congelar
GSK Biologicals s.a. Rixensart – Belgium

A69FE795A
08-2018
07-2020

Lot No: UFX18007
MANUF: 29 Jun. 18
EXP: 28 Jun. 21

CRUZ ROJA COLOMBIANA
VACUNACIÓN ALQUERIA

UFX18007 Yolanda Rueda
AHBVC 750AA Glaxo
UFX 19006 Glaxo

VACUNAS		FECHA	
T.D.	1a. Dosis	08 ABR 2019	
	2a. Dosis	29-MAYO-019	
	Refuerzo	19 NOV 19.	
TETANO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE No. (Válida por 10 Años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
NEUMOCOCO CONJUGADO	1a		
	2a		
	3a		
	4a		
VEINO. POLIVALENTE	1a		
	Refuerzo		
HEPATITIS "A"	1a		
	2a		
VARICELA	1a	14 JUN 2019	
	2a		
INFLUENZA (GRIPE)	1a		
	2a		
	3a		

NIT. 830.103.479-8
VACUNACION

Escaneado con CamScanner

auxiliar
Enfermería

VACUNA	Dosis Refuerzo	Lote	Fecha Aplicación	Firma Vacunador
Hepatitis B	1ª Dosis			
	2ª Dosis			
	3ª Dosis			
	Refuerzo			
Hepatitis A	1ª Dosis			
	2ª Dosis			
Triple-Viral	1ª Dosis			
Varicela	1ª Dosis			
Neumococo	1ª Dosis			
T. Tetánico Diftérico	1ª Dosis			
	2ª Dosis			
	3ª Dosis			
	Refuerzo			
Influenza **	1ª Dosis	265856AiA	Agosto 2020	
Otros				

* Neumococo refuerzo cada 5 años ** Influenza (Gripe) refuerzo anual

VACUNA	Dosis Refuerzo	Lote	Fecha Aplicación	Firma Vacunador
Hepatitis B	1ª Dosis			
	2ª Dosis			
	3ª Dosis			
	Refuerzo			
Hepatitis A	1ª Dosis			
	2ª Dosis			
Triple-Viral	1ª Dosis			
Varicela	1ª Dosis			
Neumococo	1ª Dosis			
T. Tetánico Diftérico	1ª Dosis			
	2ª Dosis			
	3ª Dosis			
	Refuerzo	2208 11209	05-08-21	DC
Influenza **	1ª Dosis			
Otros				

* Neumococo refuerzo cada 5 años ** Influenza (Gripe) refuerzo anual

Controlar VACUNACIÓN

Escaneado con CamScanner

ontrolar

ALUD INTEGRAL S.A.S.

Sede La Castellana - Carrera 45A No. 94-91 PBX: 742 0428/29/30
asistentegerencia@controlarsalud.com - asistenteadmon2controlar@gmail.com
gerenciacomercial@controlarsalud.com - Cel. Corporativo: 310 793 4325
320 847 9131 - 320 811 1444 - 311 589 3741 - Bogotá, D.C. - Colombia

ontrolar
ALUD INTEGRAL S.A.S.

Certificado de Vacunación

Nombre: Paula Marcada

Doc. de Identidad: 1192804570

Dirección: ----------

Teléfono: ----------

ontrolar

ALUD INTEGRAL S.A.S.

Sede La Castellana - Carrera 45A No. 94-91 PBX: 742 0428/29/30
asistentegerencia@controlarsalud.com - asistenteadmon2controlar@gmail.com
gerenciacomercial@controlarsalud.com - Cel. Corporativo: 310 793 4325
320 847 9131 - 320 811 1444 - 311 589 3741 - Bogotá, D.C. - Colombia

ontrolar
ALUD INTEGRAL S.A.S.

Certificado de Vacunación

Nombre: ----------

Doc. de Identidad: ----------

Dirección: ----------

Teléfono: ----------

Escaneado con CamScanner

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-108
	Vigente	Agosto de 2023

Observaciones SST: se verifico esquema incompleto falta hepatitis A influenza, fiebre amarilla, DPTA, neumococo Debe completar con fecha 28- 11- 2024.

Ps. Ana maria figueroa Ramirez

Firma Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro de trabajo.
Grado. Nombre completo:
Diligencie el Grado y/o denominación del empleo y el nombre del Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro de trabajo.

Henry Leonardi Julio Ramirez
CC. 1031148371
ENFERMERO JEFE

Firma Líder de Vacunación del centro de trabajo,
Grado. Nombre completo: Henry Leonardi Julio Ramirez.
Diligencie el Grado y/o denominación del empleo y el nombre del Líder de Vacunación del centro de trabajo.

DIGSA	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-108
	Vigente	Agosto de 2023

Este formato de compromiso se podrá firmar únicamente para completar el esquema de vacunación para HEPATITIS B Y TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO a partir de la segunda dosis e INFLUENZA únicamente por no disponibilidad de la vacuna en el país.

Fecha: 28/ 10/ 2024

Tipo de vinculación: Planta [ ] OPS [X] Tercerización de Servicios [ ]

DIGSA [ ] DISAN EJC [X] DISAN ARC [ ] JEFSA FAC [ ]

ESM: CSFMC Diligencie el nombre del Establecimiento de Sanidad Militar.

Yo, Paula Daniela Moreno, Diligencie el nombre completo, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1192804546 Diligencie NUIP, me permito suscribir la presente acta de compromiso para la aplicación de las vacunas faltantes en las fechas establecidas así:

VACUNA	GENERO	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN - N/A
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	Mujeres	2da	
		3ra	
		4ta	
		5ta	
	Hombre	2da	
		3ra	
HEPATITIS B	Mujer/Hombre	2da	
		3ra	

VACUNA	OBSERVACIÓN	FECHA DE APLICACIÓN - N/A
INFLUENZA	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente	28/11/2024

La presente se firma en: Bogotá a los 28 días del mes 10 del año 2024

Firma del aspirante.

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra		
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra		
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	14/06/2021
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	SI	08/04/2019
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra 1 Refuerzo cada 10 años al terminar		
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1ra 1 Refuerzo cada 5 años al terminar		

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente, lo anterior teniendo en cuenta que si no se sigue esta recomendación se interfiere en su respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES: ESQUEMA INCOMPLETO

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI	X	NO		

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI	X	NO		

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Henry Leonardo Julio Ramirez
CC. 1031148371
ENFERMERO JEFE
Firma Jefe de Vacunación del prestador o aplicador

PS. Ana María Figueroa Ramírez
Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Firma del aspirante

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades netamente asistenciales DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-116
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos:	Morcada	Nombres:	Paula Daniela
N° de Documento:	1192804570	Edad:	23
Genero: Mujer	X	Hombre	
Profesión u ocupación:	Auxiliar Enfermeria	Número de contacto:	3005294762
Correo electrónico:	paulamancado824@gmail.com		

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA		DISAN EJC	X	DISAN ARC		JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar: ESMIC

Cargo al que aspira: Auxiliar Enfermeria

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carné de vacunación?	X	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra		
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	Si	08/04/2019
			2da	Si	29/05/2019
			3ra	Si	29/07/2019
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar	Si	19/11/2019
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	Si	08/04/2015
			2da	Si	29/05/2019
			3ra		
			4ta		
			5ta	Si	05/08/2021
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar		
	Hombre		1ra		
			2da		
			3ra		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar		

COLCAN

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nombre:	MONCADA HERNANDEZ PAULA DANIELA	**Identificación:**	CC 1192804570
Genero:	Femenino	**Edad:**	22 AÑOS
Cargo:	AUXILIAR DE ENFEEMERIA	**Orden No.**	289053
Fecha de ingreso:	03/10/2023 07:40 a. m.	**Fecha de salida:**	03/10/2023 08:08 a. m.
Empresa:	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49	**Destino:**	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49
Tipo de evento:	Ingreso		



Tipo de evaluación: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Exámenes realizados:

Visiometria Examen Médico Ocupacional Con Énfasis Osteomuscular Audiometria Tonal

Concepto **SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

Restricción y/o causa de aplazamiento:

ninguno.

Recomendaciones

Recomendaciones personales:
Ejercicio cardiovascular periódico.
Hábitos alimentarios dieta sana y balanceada.
Control médico preventivo

Recomendaciones laborales:
Examen Médico ocupacional periódico según SST de la empresa.
Uso de elementos de protección personal según factor de riesgo ocupacional.
Realizar pausas activas durante la jornada laboral.
Higiene postural con énfasis en espalda.
Capacitación en prevención y manejo de riesgo biológico.
Revisión y actualización periódica esquema de vacunación.
requiere uso de lentes opticos de descanso.
uso de medias antivarices de baja compresion.

Observaciones

Para la prevención del riesgo biológico por COVID-19 en el ambiente de trabajo, promover el cuidado mutuo orientando al cumplimiento del protocolo de bioseguridad y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección social. Inmunización para COVID 19 completa .

Visiometria

Control anual por Optometría, Uso de corrección visual de descanso, Realizar pausas de higiene visual.

Audiometria Tonal

Control auditivo anual, no uso de audífonos antes o después de la jornada, reposo auditivo extralaboral, se dan pauta de higiene y cuidado auditivo.

Incluir en SVE No
Programa de Promoción y Prevención Visual

Sede Principal Calle 49 No. 13 - 68 Tel: 7447555 Opción 4
Sede 85 Calle 45 No. 4 - 96 Tel: Móvil 310

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad DIGSA
	Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1
	Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: Octubre 2024 Acta No.

ESM: ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR "GENERAL JOSÉ MARÍA CÓRDOVA"

Sección COORDINACION TALENTO HUMANO

Tipo Vinculación: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Yo: PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ identificada (a) con C.C. 1.192.804.570 de Bogotá, me Comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe re enfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.
- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.
- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:

Firma Trabajador y/o Funcionario

C.c 1.192.804.870 Bta.

Firma Líder de SST del centro de trabajo de la DGSM/DISAN/ESM

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) MONCADA HERNANDEZ PAULA DANIELA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1192804570, se encuentra Activo en el Régimen Subsidiado de Salud, de la EPS Compensar, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240901	No Registrada

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 7 días del mes de Octubre de 2.024

Con destino a: A quién corresponda

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO

CER-AFI 26298586

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

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 **PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1192804570,** se encuentra afiliado/a desde **07/12/2020** 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 07 de octubre de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Colpensiones
Dirección: Carrera 10 No.72 - 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Salud

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	2020-12-16	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2024-10-04

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2024-10-04

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2024-10-04

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2024-10-04

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Salud

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2024-10-04

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1192804570	PAULA	DANIELA	MONCADA	HERNANDEZ	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2024-10-04

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
CAJA DE COMPENSACIàN FAMILIAR COMPENSAR -CM	Subsidiado	01/09/2024	Activo	CABEZA DE FAMILIA	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2024-10-04

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2020-12-08	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2024-10-04

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2024-09-19	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/#

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Asistente Avanzado

UTC -5 13:30:36

Paula Daniela Mon...

Búsqueda ▼ Mis procesos ▼ Menú ▼ Ir a

Configuraciones del usuario

Paula Daniela Moncada Fernandez

CAT: 0717360

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

5 Oct, 2024 (UTC -5) 13:30:36

Salir

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

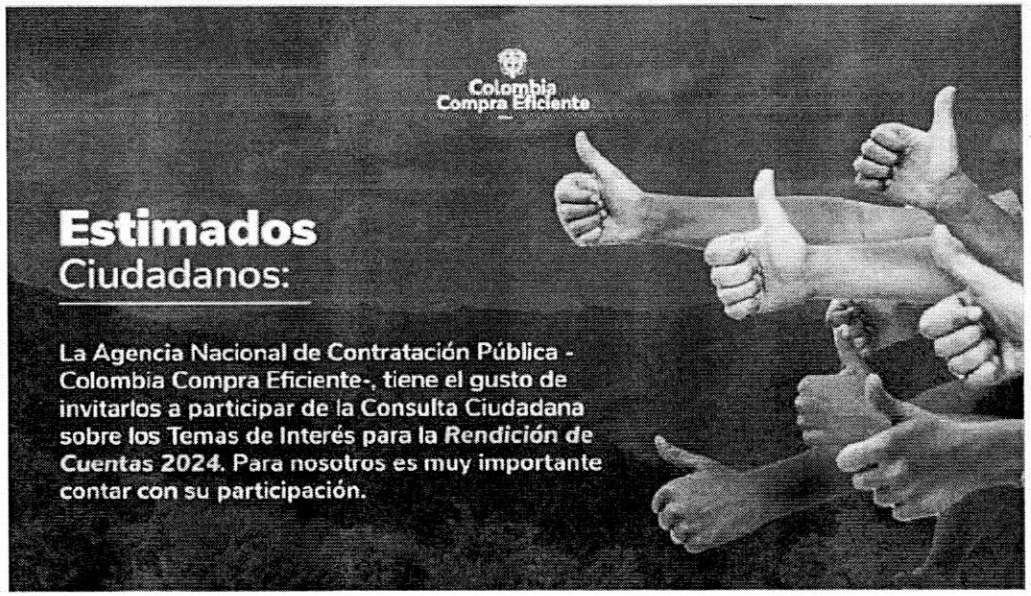
No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0	0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes	Mensaje

Sugerencias SECOP



Mensajes

Todos

Sin mensajes...

Más información...

Oportunidades de negocio

Recibidas

Sin oportunidades

Más información...

¿Dónde estoy?: **Inicio** | Usuarios registrados

Consulte su estado RUT.

REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO.

Por favor suministre los siguientes datos

NIT	1192804570	DV	6

Primer Apellido	MONCADA	Segundo Apellido	HERNANDEZ
Primer Nombre	PAULA	Otros Nombres	DANIELA

Fecha Actual	07-10-2024 17:30:21
Estado	REGISTRO ACTIVO

Registro Activo: Corresponde a los NIT que se encuentran vigentes en la base de datos de la DIAN.

Buscar Limpiar

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141135071512

(415)7707212489984(8020) 000014113507151 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 9 2 8 0 4 5 7 0	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONCADA	HERNANDEZ	PAULA	DANIELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 54 B SUR 46 55

42. Correo electrónico: paulamoncada824@gmail.com

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

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 1 0	2 0 2 0 0 9 0 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

EN TRAMITE DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 05-10-2024 01:25:14PM

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, 07/10/2024 01:46:19 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1192804570 .**

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. **103063822** . 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

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 255784352

PIB
12:44:29

Bogotá DC, 07 de octubre 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) PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1192804570:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de octubre de 2024, a las 12:43:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1192804570
Código de Verificación	1192804570241007124354

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1192804570

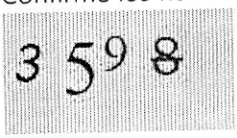
Primer Nombre

PAULA

Primer Apellido

MONCADA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4042

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2024-10-07→5:32:07 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	1192804570	PAULA	DANIELA	MONCADA	HERNANDEZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ identificado(a) con CC 1192804570 registra La siguiente información:

2024-10-07→5:32:07 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2020-12-11	18817	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

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

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: **PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ,** mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.192.804.570 actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma

Nombre Completo Cédula de Ciudadanía Pregrado - Universidad Posgrado – Universidad	**PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ,** 1.192.804.570 Escuela Auxiliares de Enfermería "Hospital Militar Central"
Hace parte reserva activa	SI [ ] NO [X] Indique causal de retiro [ ] Solicitud propia [ ] Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. [ ] Por llamamiento a calificar servicios. [ ] Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. [ ] Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. [ ] Por inasistencia al servicio sin causa

	justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandonamiento del servicio. [ ] Por incapacidad profesional. [ ] Por retiro discrecional. [ ] Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión SI Indique cual: COLPENSIONES Fecha 07 / 12 / 2020 NO
Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	Contratante Objeto contractual Vigencia
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Dirección: Carrera 54b # 46-55 sur Ciudad: Bogotá D.C.
Teléfono fijo - Teléfono celular	3005294762
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: BBVA 0018369314 Ahorros [X] Corriente [ ]
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: Tel. Celular: 3005294762
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	**paulamoncada824@gmail.com**
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	Contratista (Indique NIT) RAZON SOCIAL: NIT No. de Contrato: Objeto: Plazo: Vlr. Total, Contrato:
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor -	Tipo de contrato

aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Objeto Plazo Vlr. Total contrato
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato No. de contrato objeto Plazo Vlr. Total contratado
Pertenezco al régimen tributario	Común__ Simplificado _X_
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA_X_ Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA__ NO APLICA_X_ El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ___ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ___ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	Soltera

Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre: Identificación: Empresa: Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC -FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI [ ] Especifique: NO [X]
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos: Nombre: Identificación:
Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	SI__ Grado de consanguinidad_____ Cargo que desempeña_____ NO_x__
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI [ ] Especifique: NO [x]

Nombre Completo: **PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ**
Identificación: CC. 1.192.804.570
Firma:

CONFIDENCIAL

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

CONCEPTO PROCESO DE SELECCIÓN
PSICOLOGÍA

Bogotá D.C., 8 de Octubre de 2024.

El concepto final del proceso de selección realizado el día 8 de Octubre de 2024 al aspirante Yoseda Hernández Paula Dayiola. identificado (a) con CC No. 1122804570 Expedida en Bogotá D.C. para prestar sus servicios profesionales como Auxiliar de Enfermería en ESE ESMIC se determina que:

1. De acuerdo a valoración realizada en la presente fecha, en el aspirante no se evidencian rasgos psicopatológicos ni desórdenes de conducta. No reporta antecedentes personales ni familiares de enfermedad mental.
2. El profesional cuenta con los recursos psicológicos y competencias para ser considerado como aspirante para desempeñarse en el cargo.
3. Presenta condiciones personales acordes a los valores y principios institucionales.

Nota: Respaldados en el Código Ético y Deontológico de la Profesión de Psicología en Colombia (Ley 1090 de 6 de Septiembre de 2006), la valoración reposa en el archivo del consultorio de psicología del Establecimiento de Sanidad Militar ESMIC.

Sandra Yaneth Lombana Facio
Especialista en Psicología Forense Clínica
Universidad Católica de Colombia

Psicólogo (a) Establecimiento Sanidad Militar
Escuela Militar de Cadetes General José María Córdova

DISAN

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN MODALIDAD CONTRATACION DIRECTA CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESMIC.

Ante la opinión pública nacional e internacional, yo: por una parte, **AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE,** actuando en nombre propio, en este proceso de contratación, y por la otra los **FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO-DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE**, que han participado y/o participarán en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión y definición, hemos acordado suscribir el presente "**PACTO DE INTEGRIDAD"**, teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la ley colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL** - **DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO-DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**, con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.
2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato.
3. Ganar la adjudicación del contrato.
4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato.
5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por el contratista y pactados con el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO-DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**.

6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.

7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.
8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera.

Dentro de este marco, los firmantes adquieren los siguientes compromisos, en todo de acuerdo con las leyes colombianas:

1. El contratista participante y **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE** asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso.

A los oferentes les complace confirmar que:

a) No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia, y
b) No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. El contratista comprende la importancia material de estos compromisos para **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**.

Por su parte los FUNCIONARIOS O ASESORES DEL **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE,** también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte del contratista participante a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del contrato.

2. El contratista desarrollará sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de "No" Soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.
3. Este compromiso se presenta en nombre de los oferentes participantes.
4. Con respecto a la presentación de las propuestas, los oferentes participantes se comprometen a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el proceso.
5. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor

para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998.

De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.

Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser Magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

6. Si un participante incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cobije el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:
   a) Si el participante que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita.
   b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.
   c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.
   d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.

Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el participante favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.

El efecto jurídico señalado en los sub-numerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos, en los sub-numerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

7. Adicionalmente, todos los jefes del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**, se

obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.

8. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE** podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.
9. El contratista declarará públicamente que conoce y acepta las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se comprometen a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.
10. El DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE acepta que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.
11. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. El contratista participante denunciará ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tengan conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, los **FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**, firman el presente documento en Bogotá, D.C., al 10 día del mes de otuore del año dos mil veinticuatro (2024)

FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE.

PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ
Auxiliar Enfermeria CC.1.192.804.570 de Bogotá

ST. DIANA DEL ROSARIO CUAICAL ESCOBAR
Supervisora de Contrato

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:24:37 horas del 08/10/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1192804570,** Apellidos y Nombres **MONCADA HERNANDEZ PAULA DANIELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE**, con NIT **123456789-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1192804570 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 08/10/2024 12:43 PM

Código Verificación: **8N46XBZ27U**

Válida hasta: **06/01/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC