



**LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA
CONTRATACIÓN DE PERSONAL**

PROCESO: Gerencia de Talento Humano

CÓDIGO	TH_FTO_10
VERSIÓN	03
VIGENCIA	19/11/2024

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

NOMBRES Y APELLIDOS: JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON

CARGO:

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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento Humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSION	03
	VIGENCIA	19/11/2024	

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

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

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

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).
- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.



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

Soacha, 16 de Diciembre de 2024

Doctor

DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTA DE SERVICIOS

Nombre: JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON

Cargo: AUXILIAR FACTURACION

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

Cordialmente,

Jennifer Rivera

Nombre del Contratista: JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON

CC. 1.030.687.891 Bogotá

Dirección: Transversal 12 # 04 - 95

Email: jenniferalexarondon@gmail.com

Teléfono/ Celular: 3016714859



Jennifer Rivera

25 años, Colombiana

Jenniferalexarondon@gmail.com • Cel. 3016714859

Transv 12 N° 4 a 93, Soacha-Cundinamarca.

ACERCA DE MÍ

Soy una persona proactiva, organizada y responsable, con buenas relaciones interpersonales. Cuento con experiencia en ventas en punto e impulso de producto.

Siempre estoy en búsqueda de nuevos desafíos laborales.

EDUCACIÓN

- Ingeniería Industrial, Corporación universitaria Iberoamericana, en curso.
- Técnico en Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras, SENA 2017
- Bachiller Académico I.E.D Paulo VI, 2017

CURSOS EXTRAS

- Curso de Administración y recuperación de la cartera de créditos, SENA 2021

EXPERIENCIA LABORAL

VENDEDORA

Tecno autos J Y R, Ene 2022 - Mar 2022

- Organización y registro de facturas.
- Manejo libros de diario.
- Pagos a proveedores.
- Liquidación Nómina.
- Venta al por mayor y al detal de repuestos para carros.

CALIDAD

General Motors Colmotores, Septiembre 2022- Agosto 2023

- Inspección de calidad a vehículos
- Estandarización de operaciones de calidad
- Análisis de riesgos de seguridad en operaciones de calidad
- Análisis de tiempos de operaciones de calidad

FACTURACION

E.S.E Hospital Mario Gaitan Yanguas, septiembre 2023, Julio 2024

- Apertura de ingresos
- Autorización servicios hospitalarios
- Censo hospitalario
- Facturación servicios hospitalarios

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.030.687.891

RIVERA RONDON

APELLIDOS
JENNIFER ALEXA

NOMBRES
Jennifer Rivera



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

08-MAY-1998

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

O+

G.S. RH

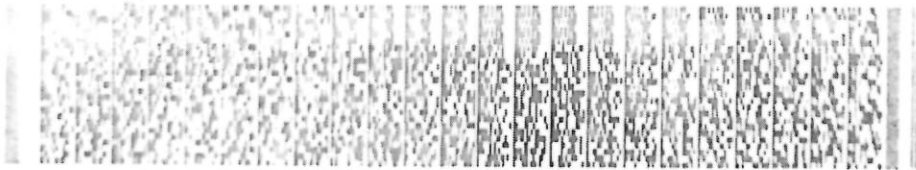
F

SEXO

09-JUN-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1550150-01019879-F-1030687891-20180705

0061823223A 1

9904829126

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 259470053



PIB
08:11:36
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de diciembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030687891:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

<ps://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

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

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 08 de diciembre de 2024, a las 08:13:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1030687891
Código de Verificación	1030687891241208081342

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:19:31 AM horas del 08/12/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1030687891**

Apellidos y Nombres: **RIVERA RONDON JENNIFER ALEXA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelía, 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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/12/2024 08:25:56 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1030687891** .

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. **106337129** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir



Dios y
Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



Escritorio → Configuraciones de Perfil

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario

Cargo

Título

Nombre JENNIFER ALEXA

Apellidos RIVERA RONDON

Fecha de Nacimiento 5/05/1998 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Usted pertenece a un grupo joven

Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Género

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No

Nombre y apellido JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON

Tipo de documento

Número de documento

Dirección

Código postal

Estrato

Ubicación

País COLOMBIA

Correo electrónico JENNIFERALEXARONDON@GMAIL.COM

Teléfono

Celular 3016714859



Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Spanish (Colombia)


Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es el nombre de su abuelo?

Respuesta Carlos Rondon

SMS para recuperar la contraseña 3016714859

Editar

	Codigo		TH_FTO_45		
	Version		0		
	Vigencia		6/07/2022		
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2024-12-16	CIUDAD:	Soacha	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	<input type="checkbox"/>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	CONTRATISTA OPS	<input checked="" type="checkbox"/>
SERVIDOR PUB	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>	CUAL:	
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
RIVERA	RONDON		JENNIFER	ALEXA	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>		1.030.687.891	BOGOTA		2016-06-09
PASAPORTE <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1998-05-08	BOGOTA		COLOMBIA	COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> EN LIBRE V. <input type="checkbox"/> VI. <input type="checkbox"/>			2	2	3016714859
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAESTRO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input checked="" type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> TECNOLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>					CUAL: <input type="text"/>
					CONTRATISTA
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
TRANSVERSAL 12 # 04 - 95		SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	N/A
PORTAL O PAGINA INTERNET			TIPO DE VIVIENDA		
JENNIFERALEXARONDON@GMAIL.COM			N/A PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/>		
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
N/A	N/A		N/A	N/A	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>		N/A	N/A		N/A
PASAPORTE <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
		CUAL: <input type="text"/>	NACIONALIDAD: N/A		
3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	HOGAR <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>		CUAL: AUX FACTURACION
SOCIO <input type="checkbox"/>	CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/>	COMERCIANTE <input type="checkbox"/>	EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/>		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/>	OTRA: ... <input type="checkbox"/>			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	IVA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	8299	
			ICA	PRINCIPAL: <input checked="" type="checkbox"/> UNDIARIA: <input checked="" type="checkbox"/>	
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR		
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O SEGCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		NO <input checked="" type="checkbox"/>		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO	SERVICIOS	ALUD	# SIT
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	800006850-3
EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> AGRICOLA <input type="checkbox"/> ENERGETICA <input type="checkbox"/> ANCIERA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> TECNOLOGIA <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/>					
OTRA <input type="checkbox"/> CUAL: <input type="text"/>					



Codigo	TH_FTO_45
Version	0
Vigencia	6/07/2022

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 No. 9-85	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE FACTURACION	FECHA VINCULACION	2025-01-01	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 1.900.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 700.000	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	\$ 500.000	OTROS EGRESOS*	\$ 700.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 2.400.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.400.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CABALLERO	POVEDA	ANGIE	VANESSA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 4 A N° 7 C 55	BOGOTA	AMIGA	3123788069

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
		0	0	0

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION EXPORTACION TRANSFERENCIAS PRESTAMOS PAGO SERVICIOS RA

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

AUXILIAR DE FACTURACION

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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



Codigo	TH_FTO_45
Version	0
Vigencia	6/07/2022

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

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

CONSIDERACIONES

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 8000068543, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Jennifer Rivera.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON, identificado(a) con Cedula Ciudadania 1030687891, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20241208	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Diciembre de 2.024

Observaciones:

Con destino a:

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: 999999999999

CER-AFI 27098881



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.687.891**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Rivera		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Rondon		NOMBRES Jennifer Alexa	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1030687891			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO _____ D.M. _____			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="08"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1998"/> PAÍS <input type="text" value="COLOMBIA"/> DEPTO <input type="text" value="BOGOTÁ, D.C."/> MUNICIPIO <input type="text" value="BOGOTÁ, D.C."/>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA tv 12 # 4 a 93 PAÍS <input type="text" value="COLOMBIA"/> DEPTO <input type="text" value="CUNDINAMARCA"/> MUNICIPIO <input type="text" value="SOACHA"/> TELÉFONO _____ EMAIL <input type="text" value="jenniferalexarondon@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	2017

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO) DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA) ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD) RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).			
---	--	--	--

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN LA MODALIDAD, ESCRIBA: INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)	
--	--

4

IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE																							
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA															
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD															
TELÉFONOS 3016714859		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO																
Día		31		Mes		12		Año		2024		Día		Mes		Año							
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FACTURACION HOSPI			DEPENDENCIA ADMISION -FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 13 10 60															
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE																							
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA															
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD															
TELÉFONOS 3016714859		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO																
Día		07		Mes		03		Año		2024		Día		Mes		Año							
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FACTURACION HOSPI			DEPENDENCIA ADMISION -FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 13 10 48															
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE																							
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA															
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD															
TELÉFONOS 3016714859		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO																
Día		22		Mes		09		Año		2023		Día		Mes		Año							
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FACTURACION HOSPI			DEPENDENCIA ADMISION -FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 10 40 85															
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																							
EMPRESA O ENTIDAD GENERAL MOTORS COLMOTORES (SIPRO)				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA															
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD															
TELÉFONOS 3133041554		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO																
Día		12		Mes		09		Año		2022		Día		30		Mes		08		Año		2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA INSPECTOR DE CALIDAD			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA - CALIDAD					DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 56A SUR 36A 3															

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN				

7

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	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Soacha. 16 de diciembre 2024.

Jennifer Rivera

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Jennifer Rivera.



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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

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

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2023 - 31/12/2023

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Jennifer Alexa Rivera Rondon

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. No. 1030687891 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: tv 12 # 4 a 93 TELÉFONO: 3016714859

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MIGUEL ANGEL LOZANO RIVERA	1020006622	HIJO(A)
MICHAEL STEVEN RIVERA RONDON	1030642701	HIJO(A)

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$19.200.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$19.200.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	CUENTA CORRIENTE	0346230923	MODELIA	700

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Jennifer Rivera.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA




Soacha - 16 Dic 2024

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

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

Soacha, 16 de diciembre de 2024

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON , interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: AUX FACTURACION manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (X) no () acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:


Atentamente,

Jennifer Rivera.

C.C. 1030687891 DE BOGOTA

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

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha
evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

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

Soacha, 16 de Diciembre de 2024

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo **Jennifer Alexa Rivera Rondon** identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.030.687.891 de BOGOTA, por medio del presente documento me permito manifestar que:


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

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

Cordialmente,



JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON
 CC. 1.030.687.891 Bogota

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL	
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO SSO_FTO_01
		VERSIÓN 01
	VIGENCIA 12/03/2024	

ARL: AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Jennifer Alexa Rivera Rondon_____

No. Documento: 1030687891_____

Fecha de Nacimiento: 08 de mayo de 1998_____

Dirección: Transversal 12 # 04 95_____

Teléfono. Fijo – Celular: 3016714859_____

E-mail: jenniferalexarondon@gmail.com_____

EPS: Compensar_____

AFP: Porvenir_____

Firma Contratista: Jennifer Rivera_____

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9**

CERTIFICA


Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E como trabajador independiente con número de afiliación 215221 y con número de NIT 800,006,850, está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON	C.C.	1,030,687,891	31/12/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c m'.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

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

Soacha 01 de Enero de 2025

Señores:

Institucion Educativa Distrital Paulo VI

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

BACHILLER ACADEMICO

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;


Firma Jennifer Rivera

N° Documento 1.030.687.891 Bogotá

Tarjeta Profesional N°

Dirección de contacto: Transversal 12 # 04 95

Teléfono: 3016714859

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

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

Yo, JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.030.687.891 expedida en BOGOTA en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados:

CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR FTO 20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

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

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


ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	x
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	x
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	x
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	x

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 16 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2024




 JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON
 Firma y huella
 1.030.687.891 Bogota
 Celular No 3016714859
 jenniferalexarondon@gmail.com

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES		
	PROCESO: Gerencia del Talento Humano	CÓDIGO	TH-FTO-59
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	10/07/2024

Soacha, 16 de Diciembre 2024.

Señores



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

Soacha (Cundinamarca)

Yo Jennifer Alexa Rivera Rondon con C.C. 1030687891 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,




 C.C.1.030.687.891 de Bogota

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3	05-12-23	2393 Q012B	
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunado Nombre vacuna
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1º			
	2º			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunad
COVID-19	1	22 marzo 2022	Janssen	204F 21A	Hm64	Diana Paola Torres Gome	
	2						

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
ADMINISTRATIVOS

	Fecha: 13/Mar/2024, Hora: 08:53:37 a.m.	Nombre: JENNIFER ALEXA	HC: # 66115
	Apellido: RIVERA RONDON	Nro Identidad: 1030687891	Edad: 25 años
	Tipo Doc: CC		Sexo: Femenino ♀
	Empresa: Particular		Nacim: 08/May/1998
	Cargo: AUXILIAR DE FACTURACION		Rh: O+
	Direccion: TRASV 12 N 4 A 93		
	Telefono: Celular: 3016714859 Email: Estado Civil: Soltero		
	Ciudad: Soacha- cundinamarca		
Responsable: - Parentesco: - Telefono:			

Exámenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, optometria, Osteomuscular

Concepto

APLAZADO

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
AUSAS ACTIVAS

- Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA. 1
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

- *PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.
*SOLICITAR VALORACION POR OPTOMETRIA .

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador: cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo, la autenticidad del contenido de este certificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR, el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .



Lady Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0526/2015
L.O.S.O. 3594/2016

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON
C.C. 1030687891

Huella
Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com



Nit. 900810768 - 8

Dirección: CL 12 A # 9 -914

Tel: 8822218

VISIOMETRÍA

Fecha examen: 06/10/2023

Doc. Identidad **CC 1030687891** Nombre **JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON** Fecha Nacimiento. **08/05/1998**
 Entidad **PARTICULAR** Edad **25 años** Ocupación _____
 H.C No Ingreso Periódico Retiro Caso Ocupacional Reubicación
 Post incapacidad Trabajo en alturas Control Ingreso al SVE
 Empresa **CONVENIO PARTICULAR 001** Cargo _____ Antigüedad del cargo **1 VEZ**
 Fondo de Pensión EPS _____ ARL _____

ANAMNESIS

Último Examen Visual **1 AÑO** Usa anteojos: SI NO VL VP PC Bifocal
 Progresivo Filtros LC RGP LC BLANDO Frecuencia de uso: Permanente Ocasional
 Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI NO Cirugías: SI NO Cual? **ULTIMAS GAFAS 15 DIAS**
 Accidentes oculares SI NO Cual? **VACUNA COVID 1 DOSIS 2021**
 Signos y síntomas: Asintomático Disminución visual de cerca Disminución visual de lejos Cefaleas Resequedad ocular
 Ardor Ocular Lagrimeo Cansancio Ocular Irritación Fotofobia Prurito Ocular Salto de renglón
 Antecedentes personales y/o familiares **NO REFIERE, SINTOMATOLOGIA COVID ABUELA MATERNA HTA**

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	20/40-	20/20		-	-
OI	20/30-	20/20		-	-
AO	-	-		-	-

LENSOMETRÍA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD	-	-	0	-
OI	-	-	0	-

EXAMEN EXTERNO

OD OI
 Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival Pterigio N
 Pterigio T Pinguécula Nevus Blefaritis
 Blefaritis seborreica Secreción Leucoma Corneal
 Ptosis palpebral Otros: _____
 Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival Pterigio N
 Pterigio T Pinguécula Nevus Blefaritis
 Blefaritis seborreica Secreción Leucoma Corneal
 Ptosis palpebral Otros: _____

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHOFORIA** VP: **EXOFORIA** HISHBERG: **CENTRADO**
 Ducciones: **NORMAL** Versiones: **NORMAL** PPC: **6 CM**

INTERPRETACIÓN

OD OI
 No requiere corrección óptica
 Defecto refractivo adecuadamente corregido
 Defecto refractivo inadecuadamente corregido
 Defecto refractivo no corregido
 Gafas no formuladas

TEST OCUPACIONALES

Visión cromática Vis. profun. Vis. confron.
 OD Normal Discromatopsia Ceguera al color **NORMAL** **NORMAL**
 OI Normal Discromatopsia Ceguera al color **NORMAL** **NORMAL**

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

OD OI
 Emotropía
 Ametropía
 Disminución visual
 Otros: _____

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica Valoración por oftalmología
 Control Visiometría

RETINOSCOPIA

Refracción: -			Subjetivo: -			DP: -		
	Esfera	Cilindro	Eje		Cilindro	Eje	AV	ADD
OD	-	-	-	OD	-	-	-	-
OI	-	-	-	OI	-	-	-	-

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H528 OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION

CONCEPTO

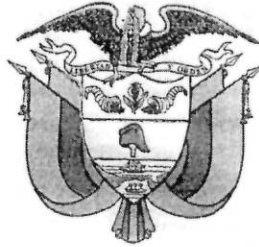
Apto No Apto Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.
2. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS POR 5 A 10 MINUTOS
3. CONTROL ANUAL

La República de Colombia



El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Colegio Paulo VI
Institución Educativa Distrital
Jornada Mañana

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 2549 del 27 de Julio de 2000 y
Resolución de Unificación No. 2551 del 28 de Agosto de 2002

Confiere a :

Jennifer Alexa Rivera Rondón

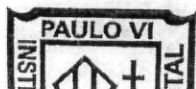
Identificación No. 1030687891 de Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Académico

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

Lugar y Fecha de Grado Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2017



Acta General de Graduación No. 015

Acta Individual de Grado



COLEGIO PAULO VI INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL

Jomada Mañana

Carrera 78P No. 41 - 20 Sur - Teléfono 273 80 32

NIP 830025608-7 DANE 11100113157

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los doce (12) días del mes de Diciembre del año 2017, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica del **COLEGIO PAULO VI I.E.D., Jornada Mañana**.

Institución aprobada en el Nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de **BACHILLER** en la modalidad **ACADÉMICA**, según Resolución No.2549 del 27 de Julio de 2000 y Resolución de Unificación No. 2551 del 28 de Agosto de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el **Título de**

BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de Identidad se relacionan a continuación:

JENNIFER ALEXA RIVERA RONDÓN

Identificación No. 1030687891 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.015 de fecha 12 de Diciembre de 2017 que consta de 61 alumnos graduados; que comienza con el nombre de **ARIAS RODRÍGUEZ BRANDON GIOVANNI** y se cierra con el nombre de **VERGARA CAMACHO DANIEL LEONARDO**.

Firmada por

JOSE DEMETRIO ESPINOSA HORTUA (Rector) y


LUCY TERESA REY VÁSQUEZ (Secretaria Académica)

Dada en Bogotá, D.C., a los doce (12) días del mes de Diciembre de 2017.

En constancia se firma la presente acta, por quienes en ella intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981 del MEN.

El Diploma y el Acta de Grado no requieren Registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994.

Firmada



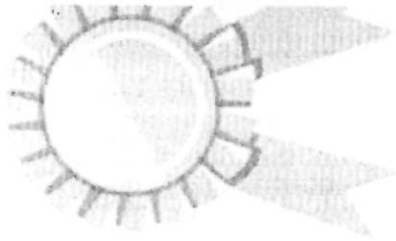
JOSE DEMETRIO ESPINOSA HORTUA
Rector
C.C. No.11.382.512 de Fusagasugá



LUCY TERESA REY VÁSQUEZ
Secretaria Académica
C.C. No.51.716.981 de Bogotá

Diplomas
y
Pergaminos

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA**



CERTIFICA QUE:

JENNIFER ALEXA RIVERA RONDON

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: septiembre 21, 2023



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA





General Motors
Colmotores S.A.

Consecutivo: 1-5150694310

Bogotá, 7 de Marzo de 2023

A QUIEN INTERESE

A solicitud del señor(a) RIVERA RONDON JENNIFER ALEXA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.030.687.891 certifico la siguiente información:

Fecha de ingreso: 12 de Septiembre de 2022
Cargo actual: ENSAMBLADOR GENERAL
Salario básico mensual: \$1,492,669
Tipo de Contrato: Contrato Término Fijo

Además de lo anterior, nos permitimos informar que el señor(a) RIVERA RONDON JENNIFER ALEXA recibe un componente adicional de beneficios extralegales, algunos de naturaleza salarial y otros no constitutivos de salario, de conformidad con los regímenes y políticas aplicables en la Compañía.

Cordialmente,

ELISA MARÍA GÓMEZ LAGUADO
Líder GBS Talent Services

Para confirmar la presente certificación, por favor comuníquese con el Centro de Servicios Compartidos al teléfono 01 8000 129 751 opción 2 (RRHH) indicando el número de consecutivo que encuentra en la parte superior izquierda del documento.

Los datos incluidos en el presente documento son fiel reflejo de la información contenida en nuestros sistemas; en la medida en que pueda haber una imprecisión o inconsistencia con respecto a los datos reales, la empresa procederá a realizar los ajustes correspondientes.
El manejo de la información personal de los trabajadores se realiza conforme la Política de Privacidad de Datos de la Compañía, en concordancia con la Ley 1581 de 2012 y demás legislación aplicable.
Cualquier alteración al contenido del documento generado por este medio, se calificará como falta grave según lo dispuesto en los reglamentos internos de la compañía.

127151288

Bogotá, 30 de agosto de 2023

A QUIEN INTERESE

En GENERAL MOTORS - COLMOTORES S.A. ganar con integridad es fundamental para lograr nuestra visión de un mundo con cero choques, cero emisiones y cero congestión.

La seguridad y calidad son la base sobre la que construimos nuestro negocio; trabajamos hacia un futuro más seguro, sostenible e incluso remodelando significativamente nuestra empresa, nuestra industria y nuestra sociedad.

Por lo anterior, certificamos que el Señor(a) Rivera Rondon, Jennifer Alexa identificado(a) con Cédula de Ciudadanía (C.C.) No. 1,030,687,891, asistió y participó en los siguientes entrenamientos corporativos durante la vigencia de su contrato con nosotros:

- **Protección Industrial:** Plan general de emergencias, medios de evacuación, equipos y control contra incendios y puntos de encuentro.
- **Requisitos Ambientales:** Sistema de gestión, política ambiental, principios para la protección del ambiente, gestión de riesgos y disposición de desechos.
- **Salud Ocupacional:** Programas de vigilancia epidemiológica, servicios médicos, enfermedades crónicas y salud mental.
- **Ergonomía:** Riesgo biomecánico, herramientas de reporte de novedades, manipulación de cargas y pausas activas.
- **Riesgo Químico:** Almacenamiento y etiquetado de productos, peligros respiratorios, uso de respiradores y vías de entrada de contaminantes.
- **Seguridad industrial:** Política de seguridad y salud en el trabajo, reglamento de higiene y seguridad, evaluación de riesgos y peligros y uso de elementos de protección personal.

Cordialmente,



ELISA MARÍA GÓMEZ LAGUADO
Líder GBS Talent Services