

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Menú de búsqueda

Herramientas de trabajo

Páginas inteligentes

Búsqueda

Oportunidades de negocio

Procesos SECOP

Plan anual de adquisiciones

Gestión de compradores

Gestión de evaluaciones realizadas

Gestión de evaluaciones recibidas

Mis procesos

Mis ofertas

Mis contratos

Directorio SECOP

Directorio SECOP

Subasta e

Subasta e

Configuraciones del usuario
Maverly Katerine Sua Romero
CAT: 0849105

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

8 Feb, 2025(UTC -5) 20:36:28

Salir



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| PRIMER APELLIDO Sua | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Romero | | NOMBRES Mayerly Katerine | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1073695066 | | 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 DÍA 11 MES 08 AÑO 1992 | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 38 1 50 TORRE 11 APTO 202 TERREROS | | | |
| PAÍS COLOMBIA | | PAÍS COLOMBIA | | DEPTO CUNDINAMARCA | |
| DEPTO BOGOTÁ. D.C. | | MUNICIPIO SOACHA | | | |
| MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | TELÉFONO 3108794837 | | EMAIL katesuaromero@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 | AÑO | | |
| | | | | | | | | | | X | 11 | 2008 | | |

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).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|---|-------------|------|----------------------------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| POSTGRADO | 2 | X | | AUDITORIA EN SALUD | 06 | 2017 | 1073695066 |
| POSTGRADO | 2 | X | | | 09 | 2017 | |
| POSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN DOCENCIA UNIVERSITARIA | 03 | 2020 | |
| PREGRADO | 8 | X | | ENFERMERIA | 12 | 2015 | 1073695066 |

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)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| |
|--|
| |
|--|

4

IDIOMAS

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 |
| | | | | | | | | | |

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------------------------|--------------|-----|---------|-----|--------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOACHA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 09 | Mes | 09 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR GENERAL | | | DEPENDENCIA ASEGURAMIENTO | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 1 12B 9 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 09 | Mes | 03 | Año | 2021 | Día | 23 | Mes | 07 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN Sin dirección | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOACHA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 07 | Mes | 07 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA EPIDEMIOLOGIA | | | | | DIRECCIÓN Calle 13 N° 7-30 Soacha | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---------|-----|--------------|-----------------------------------|------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CLINICA SHAI0 | | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS 5938210 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 04 | Mes | 04 | Año | 2016 | Día | 03 | Mes | 04 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA | | | DEPENDENCIA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION | | | | DIRECCIÓN DIAGONAL 115A 70C 75 | | | | | | | |

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: | | Año: | |
| 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 | 0 | 3 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 4 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 9 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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 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 _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.073.695.066

SUA ROMERO

APELLIDOS

MAYERLLY KATERINE

NOMBRES

Mayerlly Katerin Sua
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-AGO-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

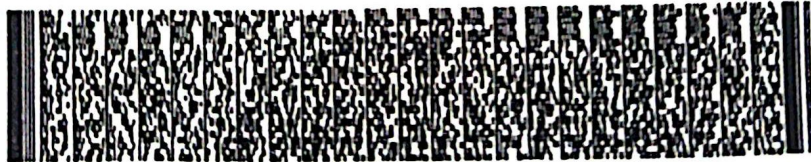
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-AGO-2010 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1524700-00279089-F-1073695066-20110130

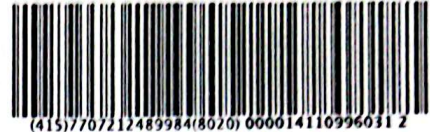
0025839957A 1

35182722

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

141109960312



(415)7707212489984(8020) 0000141109960312

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 1 3 26. Número de identificación **1 0 7 3 6 9 5 0 6 6** 27. Fecha expedición

Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Cundinamarca** 30. Ciudad/Municipio **Soacha** 7 5 4

31. Primer apellido **SUA** 32. Segundo apellido **ROMERO** 33. Primer nombre **MAYERLLY** 34. Otros nombres **KATERINE**

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País **COLOMBIA** 39. Departamento **Cundinamarca** 40. Ciudad/Municipio **Soacha** 7 5 4

41. Dirección principal **CL 38 1 50 TO 11 SOACHA AP 202**

42. Correo electrónico **katesuaromero@gmail.com**

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | 52. Número establecimientos |
|---------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|---|-----------|-----------------------------|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 5, 1 2, 1 0 | | | | | | |

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **5 4 9**

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

Usuarios aduaneros

54. Código

| | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 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: **0** 61. Fecha **2024 - 08 - 10 / 21 : 43: 04**

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 **ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA**
985. Cargo

CE-006 - 0000000100 - 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---------------------------------|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1073695066 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Sua Romero, Mayerlly Katerine |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Dependiente, Independiente Con Contrato |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/01/2017 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Sua Romero, Mayerlly Katerine, a los 14 días del mes de agosto del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



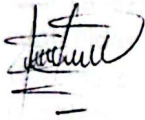
Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO** identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número **1073695066**, se encuentra afiliado/a desde **01/07/2024** 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 14 de agosto de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

**DECLARACIÓN DE INEXISTENCIA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PARA
CONTRATAR CON LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA Y ACEPTACIÓN
CONDICIONES CONTRACTUALES**

Mayerly Kateane Sosa R., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1073693666
de Soacha, actuando en nombre propio, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

- 1- No incurro en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1296 de 2009, Ley 1474 de 2011 y demás normas aplicables.
- 2- No soy una Persona Políticamente Expuesta.
- 3- No existe conflicto de interés que me impida contratar con la E.S.E.
- 4- No me encuentro incluido en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos
- 5- No incurro en inhabilidad por haber sido condenado por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años.
- 6- Cuento con capacidad jurídica para contratar con el Estado.

Así mismo declaro:

1. Que conozco la información general de la contratación y acepto los requisitos en ella contenidos.
2. Que me comprometo a ejecutar el contrato en el plazo estipulado y en los términos establecidos en el Estudio Previo.
3. Que autorizo a la E.S.E. para verificar las Bases de Datos que contienen la información relacionada con las declaraciones aquí efectuadas, así como la información y documentación aportada en mi propuesta.
4. Que declaro **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, sujeto a las sanciones establecidas en el Art. 442 del Código Penal (Ley 599/00):
 - a. Que la información allegada a la Entidad es verídica y asumo total responsabilidad frente a la Empresa E.S.E Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza en caso de que datos y documentos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes, por lo cual de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 "*por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales*" y el Decreto 1377 de 2013.
 - b. Que no me hallo reportado(a) en el Boletín de Responsables Fiscales vigente, publicado por la Contraloría General de la República.
 - c. Que no he sido sancionado(a) por ninguna Entidad Oficial por incumplimiento de contratos estatales, mediante providencia ejecutoriada dentro de los últimos cinco (5) años anteriores a la fecha de presentación de esta propuesta.

d. Que con la suscripción del presente documento, asumo los siguientes compromisos anticorrupción:

- No ofrecer ni dar sobornos, ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con la celebración y/o ejecución del contrato que llegue a celebrarse.
- Asumo, a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias que establezca la Entidad si se comprobare el incumplimiento de los compromisos de anticorrupción.

Así mismo señalo que ejecutaré las obligaciones generales y específicas contempladas en el Estudio Previo dentro del plazo fijado y por el valor estimado en dicho documento.

Se suscribe a los 3 días, del mes de Febrero del año 2025

FIRMA: Mayerly Katherine Sa

NOMBRE: Mayerly Katherine Sa Romero

C.C. No. 1073.695.066



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:33:09 PM horas del 30/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° 173695066

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.



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 30/01/2025 06:37:00 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1073695066** .

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. **109444257** . 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.



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 18:50:48 horas del 30/01/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1073695066**, Apellidos y Nombres **SUA ROMERO MAYERLLY KATERINE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA** con NIT **832001794-0** 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.

Reporte Contratista

Empresa / Persona
 Entidad
 Departamento

1073695066 🔍

Nombre de persona o empresa
MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO

Nit / C.C.:
1073695066

Los siguientes datos relacionan el histórico de sanciones, multas o cualquier otro reporte por delitos contra la administración pública que haya sido impuesto a una persona natural o jurídica.

0

- 0 Sanciones disciplinarias
- 0 Multas y sanciones contractuales
- 0 Responsabilidades fiscales

Reporte General

Este informe se basa en los contratos registrados en el Sist. Electrónico de Contratación Pública, (SECOP), presentados a través del Portal de Datos Abiertos de Colombia.

Seleccione un año
 Todos los años ▼

Lista de los contratos más cuantiosos

*Para visualizar la información completa de los contratos, clic en link de Contrato.

Copy CSV Excel PDF Print

Buscar:

| # | Monto | Objeto de contrato | Entidad | Fecha inicio | Fecha terminación | Departamento | Detalles |
|---|--------------|--|-------------------------|--------------|-------------------|--------------|----------|
| 1 | \$29.000.000 | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE AUDIT ... | MUNICIPIO DE SOACHA ... | 2023-06-07 | 2023-11-29 | CUNDINAMARCA | 🔗 ↻ |

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

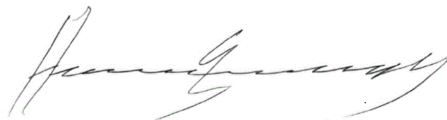
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 30 de enero de 2025, a las 18:45:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1073695066 |
| Código de Verificación | 1073695066250130184558 |

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 263155787



PIB
18:41:16
Hoja 1 de 01

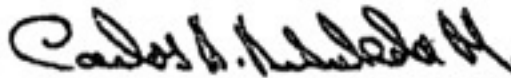
Bogotá DC, 30 de enero del 2025

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) MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073695066:

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: <https://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 República de Colombia
y en su nombre

El Colegio
Nuestra Señora de Nazareth

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C.,
según Resolución No. 7452 del 13 de Noviembre de 1998

Confiere a:

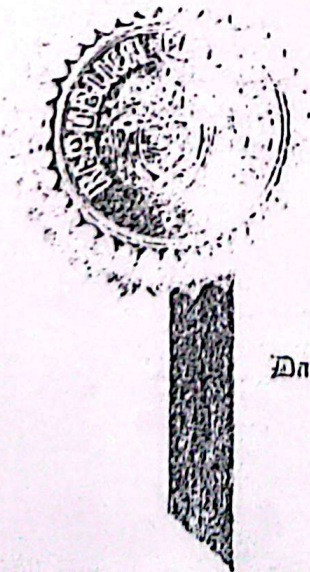
Mayerly Katherine Sua Romero

Identificado (a) con C.I. 920811-50550 de Santafé De Bogotá D.C.

El Título de:

Bachiller en Salud y Nutrición

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



Mra. María Stella Sánchez / Juan Sebastián Torres
Rector(a) / Secretario(a)

Anotado al folio No. 3839 Libro de Registro No. 1

Dado en Bogotá D.C. a 29 de Noviembre de 2008

No requiere registro, "según Decretos No 921 del 6 de Mayo de
1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995"

Fise



COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE NAZARETH

Dominicas Hijas de Nuestra Señora de Nazareth

Calle 65 D Sur No 80 C - 94 Bogotá, D. C. PBX 782 0470

Con aprobación oficial de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá,
Según Resolución 7452 del 13 de Noviembre de 1998 hasta nueva determinación
En los niveles de Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria, Media Vocacional,
Modalidad Académico con énfasis en Gestión Administrativa y Salud y Nutrición

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá D.C. al primer día del mes de Diciembre de 2007, se reunieron para formalizar la graduación de las estudiantes de último grado las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE NAZARETH**, institución aprobada, hasta nueva determinación en el nivel de Educación Media, autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, para otorgar el título de Bachiller en la modalidad **SALUD Y NUTRICION** según resolución No. 7452 del 13 de **NOVIEMBRE** de 1998.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el **TÍTULO** de:

BACHILLER EN SALUD Y NUTRICION

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

SUA ROMERO MAYERLLY KATERINE

T.I. No. 92081150550 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 24 del 1 de Diciembre de 2007 que consta de 70 estudiantes que comienza con el nombre de **ACERO CAMPOS JELLY ANDHREA** y termina con el de **ZEA CARVAJAL JESSICA KATERINE**.

En constancia se firma la presente, por quines intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 14º. Del Decreto 114 de 1996.

Dada en Bogotá D.C. a los 24 días del mes de Noviembre de 2008.

Hna. Maria Stella Sanchez
HNA. MARIA STELLA SANCHEZ
C.C. 23.490.111 de Chiquinquirá
RECTORA

Susana Victoria Rios
HNA. SUSANA VICTORIA RIOS M.
C.E 222.341
SECRETARIA



FUCS

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS
Personería Jurídica 10917 del 1° de diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Enfermería

En atención a que


Mayerly Katherine Sua Romero

C. C. 1.073.695.066 de Soacha

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


Enfermera

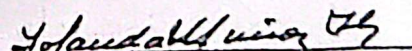
En Bogotá, D.C., Colombia el 10 de diciembre de 2015
en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos.


Presidente Consejo Superior


Rector


Vicerrector


Secretario General


Decano


Secretario Académico



Acta de Grado No. 159

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los diez (10) días del mes de diciembre de 2015, en el Auditorio Guillermo Fergusson del Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No. 3427 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 425 del primero (01) de diciembre de 2015, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Enfermera

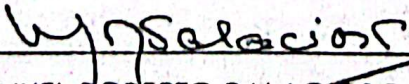
a

Mayerlly Katerine Sua Romero

Identificada con cédula de ciudadanía No. 1.073.695.066 de Soacha, como consta en el acta No. 159 folios 022 y 023 del libro de actas N° 3.

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

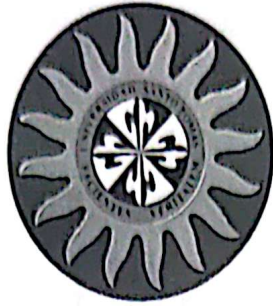
En el diploma de grado aparecen la firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Enfermera Yolanda Muñoz Hernández, Decana, Enfermera Carmen Adriana Escobar Orozco, Secretaria Académica y para constancia de lo anterior, firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los diez (10) días del mes de diciembre del año dos mil quince (2015).


MANUEL ROBERTO PALACIOS PALACIOS
Secretario General

Código de Aprobación SNIES, No. 1769

5606

República de Colombia



LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional
Teniendo en cuenta que

Mayerlly Katherine Sua Romero

C.C. 1.073.695.066 de Soacha

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias
legales y reglamentarias, le confiere el Título de

Especialista en Auditoría de Salud

En constancia se firma y sella en Bogotá D.C.
a los 19 días del mes de septiembre de 2017

El Rector General

El Decano de Facultad

El Secretario General

Registro Interno No. 1977.5787.19-09-2017

Folio 37 Libro 22



Universidad Santo Tomás

PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

ACTA DE GRADO 3787

En la ciudad de Bogotá, República de Colombia el día 19 del mes de septiembre del año 2017, la Universidad Santo Tomás, con autorización del Ministerio de Educación Nacional, según Decreto Ejecutivo No. 1772 del 11 de julio de 1966, bajo la Rectoría General de fray Juan Ubaldo López Salamanca, O.P., y como Secretario General, el Doctor Héctor Fabio Jaramillo Santamaría, celebró sesión solemne y pública con el objeto de otorgar el título a los estudiantes aspirantes al Grado.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General de la Universidad, confirió el Título de

ESPECIALISTA EN AUDITORÍA DE SALUD

Código SNIES 8050

a: **MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO**

C.C. 1073695066 Soacha

El graduando emitió el Juramento de rigor por el que se comprometió a ejercer la profesión con responsabilidad y honradez, de conformidad con la Constitución y las leyes de la República de Colombia, poner todo empeño en el desarrollo del País y de sus instituciones, brindar generoso apoyo a los programas de justicia social y dignificación de la persona humana y llevar siempre en alto el nombre y los principios de la Universidad Santo Tomás. Seguidamente el Presidente de la ceremonia de graduación procedió a la entrega del Diploma que la acredita para el ejercicio de su profesión de conformidad con la legislación vigente.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos legales correspondientes.

Fdo. Héctor Fabio Jaramillo Santamaría (Hay un sello)

Es fiel copia tomada del original que se lleva en los archivos de la Secretaría General en la Sede Principal. Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., el día 19 de septiembre de 2017.

El Secretario General,


HÉCTOR FABIO JARAMILLO SANTAMARÍA



Libertad y Orden

Universidad Militar Nueva Granada

En consideración a que:

Mayerly Katherine Sua Romero

C.C. 1.073.695.066 expedida en Soacha

ha cumplido con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de

Especialista en Docencia Universitaria

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.
a los 26 días del mes de Marzo de 2020.

[Signature]
Rector

Acta de Posgrados N° 76 - 06760 - 0004
Registro N° 76 - 06760

[Signature]
Jefe División de Admisión,
Registro y Control Académico

[Signature]
Vicerrector Académico

[Signature]
Director de Instituto

Registro Oficial
Anotado al folio 212 Libro 10
Bogotá, D.C. República de Colombia
Día 27 Mes Marzo Año 2020

0022732



UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

0093562

Creación Decreto 84 de 23 de enero de 1980, reconocimiento institucional Resolución 12975 de 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional, personería jurídica Ley 805 de 11 de abril de 2003

ACTA DE POSGRADO 06960

En Bogotá, D.C., a los veintiseis (26) días del mes de marzo de 2020, se reunieron en la Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada, los siguientes funcionarios: Brigadier General (RA) LUÍS FERNANDO PUENTES TORRES, PhD. Rector; CLAUDIA HELENA FORERO FORERO, Vicerrectora Académica, Doctor HERNAN RODRIGUEZ VILLAMIL, Decano Facultad de Educación y Humanidades, Doctora LILIANA FRANCO LARA, Directora Instituto Nacional e Internacional de Posgrados, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un(a) Profesional que adelantó sus estudios de Educación Avanzada y otorgar el título de ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA. Para el efecto se procedió como a continuación se indica.

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 10, 24, 25 y 28 de la Ley 30 de 1992, artículo 2º y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980; artículo 2º de la Ley 805 de 2003; Resolución 12975 de 1982 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdo 02 de 2017 de la Universidad Militar Nueva Granada.

OTORGAMIENTO DE TÍTULOS

La Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada teniendo en cuenta que la Facultad de Educación y Humanidades por intermedio de su Decano, el Instituto Nacional e Internacional de Posgrados por intermedio de su Directora y la División de Admisiones, Registro y Control Académico por intermedio de su Jefe, han informado que el(la) Profesional MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO, identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° 1073695066 de SOACHA, ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad, y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarle el título de ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA, registrando su diploma y acta de grado en el Libro 10 Registro 06960.

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto N° 2725 del 10 de octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.

Doctor HERNAN RODRIGUEZ VILLAMIL
Decano
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES

Siguen firmas al respaldo.....



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



C.C. 1.073.695.066
ENFERMERA
MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO
FUND UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2015-12-10
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 09/02/2016

Copiar QR | 021 0118

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

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

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

FIRMA DEL PROFESIONAL



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:

"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.073.695.066, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de mayo del año dos mil veinticuatro (2024)

Cordialmente,


EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Carrera 13A N° 106A – 28. Oficina 202, Edificio Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 – Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunacionaleticoenfermeria.com/ trienfer@outlook.com

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-08-14--3:08:28 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------------|----------|
| CC | 1073695066 | MAYERLLY | KATERINE | SUA | ROMERO | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) **MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO** identificado(a) con CC 1073695066 registra la siguiente información:

2024-08-14--3:08:28 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---------------|-------------------------|------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2016-02-09 | 1073695040 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |
| AUX | Local | Auxiliar de enfermería | 2011-12-29 | 13625 | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|-------------------|-----------------------|--------------------|--------------|------------|----------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Exonerado del SSO | Local | COLOMBIA NO APLICA | 1900-01-01 | 1900-01-01 | Sin Modalidad | Enfermería | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

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).

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 1073695066 **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 14/08/2024 03:00 PM

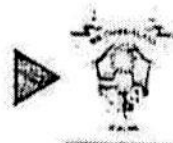


Código Verificación: 37BSP9JUMC

Válida hasta: 12/11/2024

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**



EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA

De acuerdo a las competencias delegadas mediante el Decreto Municipal 207 del 10 de Junio de 2015 y las contenidas en el Decreto Municipal 137 de 16 de Mayo de 2018

CERTIFICA:

Que, revisados los archivos contenidos en la carpeta compartida de la Alcaldía Municipal de Soacha con NIT 800.094.755-7, además de la información dispuesta en la Plataforma **MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.073.695.066** expedida en Soacha, suscribió el siguiente Contrato:

1. Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No.819 de fecha (04) de Marzo de 2021.

LINK SECOP:

https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=21-12-11792141&g-recaptcha-response=03AGdBq27xc6KrbS_4nTmRhLuYPe6ugDs8DNt_SPls9Cy4coUuGg91lx3kxQVZ3RnGsxsAfttdINDs6RJEAwgibXGszwRU5iJTdu7X9b3umVshz3d5b7SvCOzPDXgGmOt3l1GAGHdrv_SHHG3y2qPXJ_rcJBuOo0G-5RdJCd9KRHTzJUlpBCBqqQM8DNAZjHw1xfiEVPfIHVxviiXVIPNLVNgxwy0tc7LxFLiE11AJ1RISq6lxF-8bGlr5RUOGgcvICDUYYzGkXrAN-dMT5fz5bGuiUckMSVLKvNakAPKvFB1PI0Be6xT88icuoOYUsFzn6J6UN89J2S9YBuqduo3qGsDJV34z_4rCeHqRkYdpgYSNIIYgOydEPsHcpt3EOTZxqO6U0FPQN-9JyZ-qkBpe0rvZ3DImEPXNINDw-StbNry4J-IP6hGGcZPlnADqgJ46J0qPbQmfYIP8wNORQQ583AJLzEgBg

OBJETO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LAS ACCIONES DE ASISTENCIA TÉCNICA, SEGUIMIENTO Y CONTROL A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, EZPB E IPS PÚBLICAS Y PRIVADAS DEL MUNICIPIO DE SOACHA POR MEDIO DEL PROCESO DE AUDITORIA".

VALOR CONTRATO: TRECE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 13.200.000,00).

PLAZO DE EJECUCIÓN: TRES (3) MESES SIN QUE SUPERE EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2021.

FECHA DE INICIO: 09 de Marzo de 2021.

FECHA DE TERMINACIÓN: 08 de Junio de 2021.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Realizar mensualmente asistencia técnica y verificar mediante la inspección directa la implementación del sistema único de habilitación en cumplimiento de la resolución 3100 de 2019, cumplimiento del reporte del programa PGIRS, levantamiento de medidas, entre otras acciones, en los prestadores locales de servicios de salud, profesionales independientes, incluyendo tiendas naturistas y seguimiento al registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS), incluye el reporte de la estrategia de cuadrantes saludables, soportar asistencia y seguimiento mínimo 30 entidades mensualmente.
2. Realizar el reporte en el formato definido por la secretaria de salud de Cundinamarca, referente a IPS, laboratorios, profesionales independientes y demás prestadores de servicios de salud, incluyendo tiendas naturistas que no cumplen con el proceso de habilitación de acuerdo con la resolución 3100 de 2019, como resultado de los seguimientos mensuales realizados al líder de auditoria de la



3. Realizar seguimiento a las solicitudes reportadas por los servicios de urgencias del municipio que superan las 48 horas sin solución por partes de las empresas administradoras de planes de beneficios - EAPB del régimen subsidiado o contributivo, soportar consolidado mensual de seguimiento y reporte de indicadores
4. Comprobar el cumplimiento de las acciones de promoción, prevención y demanda inducida ejecutadas por las empresas administradoras de planes de beneficios - EAPB del régimen subsidiado, contributivo y de excepción, en el marco del modelo de atención primaria en salud, y cumplimiento de la implementación de las rutas de atención en salud, incluir la verificación detallada al plan de trabajo para la cobertura en vacunación de su población y evidenciar las acciones de seguimiento y mejora. se debe realizar seguimiento a una (1) EAPB mensual.
5. Verificar la adopción e implementación de las empresas administradoras de beneficios EAPB de programas de gestión integral del riesgo y programas especiales para cohortes de pacientes crónicos, de alto costo y críticos, para garantizar la atención oportuna y efectiva la población afiliada, se debe realizar seguimiento mínimo a una (1) entidad mensual.
6. Realizar asistencia técnica y verificar mensualmente mediante inspección directa la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC). Cumpliendo con los parámetros de la Ley del S.O.G.C. tanto en los aseguradores Subsidiados, contributivos y de excepción, como en los prestadores locales públicos y privados e incluir la política de seguridad del paciente. se debe realizar seguimiento mensual mínimo a dos (2) EAPB públicas y privadas.
7. Revisar y presentar el consolidado mensual de los contratos, para la prestación de servicios de salud suscritos por las empresas administradoras de planes de beneficios -EAPB del régimen contributivo (Movilidad) y subsidiado en la accesibilidad geográfica y suficiencia en los diferentes servicios de salud contenidos en el plan obligatorio de salud, de acuerdo con la capacidad de oferta y atención de los servicios en el municipio de residencia.
8. Realizar un informe anual referente a la garantía de las empresas administradoras de planes de beneficios -EAPB contributivo (Movilidad) y subsidiado en la accesibilidad geográfica y suficiencia en los diferentes servicios de salud contenidos en el plan obligatorio de salud, de acuerdo con la capacidad de la oferta y atención de los servicios en el municipio de residencia
9. Verificar mensualmente mediante observación directa que las empresas administradoras de planes de beneficios -EAPB cumplan con los procesos de referencia y contrareferencia, verificando el efectivo acceso a los servicios de salud y el cumplimiento en el transporte oportuno a sus afiliados de urgencias, hospitalizados y domiciliarios; que cuenten con un sistema adecuado de autorización de servicios y que la expedición sea dentro de los plazos señalados en las normas vigentes, de acuerdo con el tipo de autorización requerida (prioritaria- no prioritaria)
10. Realizar mínimo tres (3) visitas mensuales de inspección directa a las entidades aseguradoras que cumplen con los procesos para la entrega de medicamentos y autorizaciones de medicamentos NO POS y POS dentro de los plazos señalados en las normas vigentes.
11. verificar mensualmente mediante inspección directa en los puntos de suministro de medicamentos de las empresas administradoras de planes de beneficios -EAPB, que se cumple con la entrega completa de medicamentos, identificando los mecanismos para la entrega de pendientes y definir los planes de mejoramiento que corresponda. se debe realizar seguimiento a dos puntos de suministro de medicamentos de EAPB.
12. Verificar que las empresas administradoras de planes de beneficios -EAPB disponen de actas de informes de las visitas de auditoría realizadas a la red prestadora de servicios, según cronograma propuesto y que en los informes de las auditorías se definen de forma clara satisfacciones, hallazgos y recomendaciones, se debe incluir la verificación de suscripción de plan de mejoramiento. se debe realizar seguimiento a una (1) entidad.



13. verificar bimestralmente mediante inspección directa la prestación de los servicios de salud y calidad en la atención en los servicios de urgencias (nocturno) del municipio.
14. definir y remitir mensualmente la información al líder de auditoría para la elaboración de las recomendaciones y acciones de mejora a las empresas administradoras de planes de beneficios -EAPB que no cumplieron, previo proceso de seguimiento de las obligaciones frente al usuario.
15. Apoyar la definición de los criterios para evaluar y medir anualmente aseguradores y prestadores de servicios públicos y privados del municipio y realizar un Ranking en cuanto a políticas de calidad y prestación de servicios.
16. Apoyar la organización y asistir técnicamente a las jornadas de salud y extramurales de la administración municipal.
17. Acatar las obligaciones generales dispuestas en los estudios previos e invitación del proceso de contratación.
18. Desempeñar las demás actividades que se deleguen inherentes al objeto contractual.

ADICIÓN:

Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No.819 de fecha (04) de Marzo de 2021.

PLAZO DE ADICIÓN: UN (1) MES Y QUINCE (15) DIAS SIN QUE SUPERE EL TREINTA Y UNO DE DICIEMBRE DE 2021.

VALOR ADICIÓN: SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$6.600.000)

La anterior certificación se expide a solicitud del (la) interesado (a), a los Diez (10) días del mes de Agosto de 2021.

Dando alcance al radicado de Control Doc. ID155033 – Radicado 20218000269522.

JHON GONZÁLEZ OSORIO
Secretario de Salud de Soacha

| Funcionario / Contratista | Nombre, cargo, No de contrato (si aplica) | Firma |
|---------------------------|--|-------|
| laboró | Paula Kathern Rodríguez Salinas- Contratista de la Secretaria de Salud de Soacha | |
| Revisó | Juan Carlos Pérez - Profesional Especializado Secretaria de Salud Soacha | |



SSSD- 241 -2021

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA

De acuerdo a las competencias delegadas mediante el Decreto Municipal 207 de 10 de Junio de 2015 y las contenidas en el Decreto Municipal 137 de 16 de Mayo de 2018

CERTIFICA.

Que, revisados los archivos contenidos en la carpeta compartida de la Alcaldía Municipal de Soacha con NIT 800.094.755-7, además de la información dispuesta en la Plataforma SECOP I (Sistema Electrónico de Contratación Pública), se verificó que el (le) Señor (a) **MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. **1.073.695.066** expedida en Soacha, suscribió el siguiente Contrato:

1. Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. **800** de fecha Seis (06) de Julio de 2020.

LINK SECOP

<https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=20-12-10928377>

OBJETO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL COMO REFERENTE PARA EL MANEJO Y VIGILANCIA DE LA PRIORIDAD DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, TUBERCULOSIS Y LEPROA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA"

VALOR CONTRATO: DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 18.000.000,00).

PLAZO DE EJECUCIÓN: SEIS (06) MESES SIN QUE SUPERE EL 31 DE DICIEMBRE DE 2020.

FECHA DE INICIO: 07 de Julio de 2020

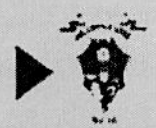
FECHA DE TERMINACIÓN: 31 de Diciembre de 2020

Obligaciones Específicas:

1. Desarrollar (2) jornadas de fortalecimiento técnico a profesionales de la salud de las IPS públicas y privadas y EAPB del municipio en Tuberculosis y enfermedad de Hansen, en diagnóstico, manejo clínico y atención integral en las personas afectadas por Tuberculosis y Hansen. Incluye proceso de inducción y reinucción del programa de TB y lepra. Las jornadas se desarrollaran de acuerdo al cronograma establecido con la dirección de salud pública.
2. Realizar de manera trimestral asistencia técnica con su respectivo tablero de control a las UPGDs y UI asignadas para el fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública verificando que el 100% municipio implementen los lineamientos del programa referente a la búsqueda, detección, diagnóstico y tratamiento, comprobando que cumplan con el lineamiento de la realización de baciloscopias para diagnóstico de tuberculosis al 100% de los usuarios con diagnóstico de VIH/Sida y viceversa.
3. Realizar seguimientos mensuales a las IPS públicas y privadas y EAPB presentes en el municipio, para garantizar la atención integral a pacientes con infección TB/VIH, la detección y tratamiento de tuberculosis en poblaciones con VIH, diagnóstico y tratamiento



- de la tuberculosis latente en personas con VIH, el acceso a diagnóstico y tratamiento de VIH en personas con Tuberculosis en especial en grupos de riesgo.
4. Realizar análisis de situación de tuberculosis en el Municipio, caracterizando la población afectada por tuberculosis para orientar las estrategias y las acciones de detección, formular e implementar el plan estratégico territorial de tuberculosis.
 5. Coordinar la distribución y supervisión de medicamentos de tuberculosis (TB) y lepra para toda la red de prestación de servicios del municipio teniendo en cuenta la estrategia DOTS/TAES y hacer seguimiento a pacientes para lograr la meta de éxito de tratamiento.
 6. Coordinar intersectorialmente para la inclusión en los programas de protección social a las personas afectadas por tuberculosis y Hansen en situación de vulnerabilidad.
 7. Realizar abogacía, comunicación y movilización social que involucren organizaciones de la sociedad civil, líderes comunitarios, mujeres cabeza de hogar, asociaciones de pacientes, ex-pacientes, familiares y comunidad en general para promover la participación comunitaria y la movilización social en la prevención y control de la tuberculosis y la enfermedad de Hansen y en favor de los derechos de los afectados y sus familias.
 8. Realizar y consolidar de manera mensual Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) de eventos transmisibles (TB) y lepra de acuerdo a los lineamientos estipulados por el Instituto Nacional de Salud y la guía de atención de VIH con el fin de alcanzar y mantener la meta de captación.
 9. Verificación y ajuste mensual de los casos de los eventos TB y lepra notificados al SIVIGILA y la concordancia de los casos en la Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) y la Búsqueda Activa Institucional (BAI).
 10. Identificar y atender de forma oportuna los eventos de interés en salud pública y/o situaciones de riesgo en salud de la población migrante, especialmente las relacionadas Especialmente los relacionados con TB y lepra.
 11. Realizar seguimiento a los sintomáticos respiratorios captados y entregar consolidado semanal según lineamientos nacionales y departamentales.
 12. Generar los reportes establecidos en el sistema nominal de información de los programas de TB y Hansen de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, realizando el reporte trimestral respectivo al departamento.
 13. Identificar prioridades en investigación operativa en Tuberculosis e implementar un plan de acción operativo en el territorio.
 14. Realizar mensualmente la verificación de base de datos de contactos de los pacientes que ingresan al programa de tuberculosis y Lepra realizadas por las IPS y EAPB del Municipio.
 15. De manera mensual actualizar, mantener, depurar, validar y ajustar las bases de datos de los eventos de VSP en tuberculosis (drogoresistentes, coinfección VIH) identificados retroalimentando este proceso al epidemiólogo del área.
 16. Consolidar la información de indicadores (quincenales, SP general, entre otros) concernientes a TB y Lepra y realizar análisis según contexto social y territorial de los mismos según lo trabajado desde lo operativo.
 17. Realizar de manera trimestral con el epidemiólogo del área el análisis del comportamiento estadístico y comunitario del evento TB Lepra a nivel Municipal articulado a las intervenciones en salud realizadas en las comunas y entregarlo al encargado del ASIS.
 18. Participar en los COVECOM de acuerdo al cronograma establecido por la Dirección de Salud Pública, en TB y Lepra.
 19. Asistir mensualmente a los COVES municipales y a los Departamentales que se desarrollen en torno a TB y Lepra; participar de manera trimestral en los COVES municipales en temas relacionados con la dimensión a la cual pertenece.
 20. Realizar articulación y seguimiento a las acciones implementadas desde la estrategia cuadrantes saludables.
 21. Garantizar la atención de la población víctima del conflicto armado, asistir al Centro Regional y socializar temas de interés en Salud Pública, según el cronograma establecido, entregar informe mensual conforme a la normatividad vigente sobre enfoque diferencial y víctimas.
 22. Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) de los pacientes de tuberculosis y lepra notificados al área de vigilancia epidemiológica, dentro de los tiempos y las directrices técnicas establecidas por los protocolos del Instituto Nacional de Salud y el programa Departamental del Área de TB y Lepra.



23. Realizar la georreferenciación de la totalidad de la población identificada por SIVIGILA con respecto al evento TB Y lepra según instrumentos entregados por la referente de epidemiología.
24. Realizar los seguimientos y cierre de caso del evento TB y Lepra notificado por las Unidades Primarias Generadora de Datos (UPGDs).
25. Realizar de manera articulada con el Epidemiólogo del área la realización del 100% de las unidades de análisis de los casos de mortalidad por TB/VIH; de igual manera los casos de transmisión por transfusión sanguínea, accidente laboral y transmisión materno- infantil y de aquellos eventos que según lineamiento Nacional o Departamental lo requieran; utilizando la metodología establecida por el Instituto Nacional de Salud, junto con la EAPB, el área de Aseguramiento, las UPGDs que realizaron la atención y demás actores involucrados; La información deberá ser enviada a la Secretaria Departamental en un plazo no mayor a 60 días calendario después de la ocurrencia del evento, anexando los soportes correspondiente a cada evento (análisis de las demoras, acta de la unidad de análisis y plan de mejora a ejecutarse)
26. Realizar la identificación de los casos priorizados del evento TB y Lepra, reportándolos de manera inmediata a los cuadrantes saludables para su correspondiente caracterización, de igual manera verificar la caracterización realizada por parte de la Secretaria de Salud de Soacha de los casos notificados al SIVIGILA correspondiente al evento de TB y Lepra.
27. Realizar el seguimiento de los planes de mejora, producto de las asistencias técnicas a los actores involucrados en las unidades de análisis verificando el cumplimiento del mismo y reportando el incumplimiento a las autoridades pertinentes por cada una de los casos.
28. Apoyar la consolidación y elaboración de informes solicitados por la prioridad de TB Y Lepra.
29. Participar en los equipos de respuesta inmediata y cumplir con los periodos de disponibilidad establecidos por la Dirección de Salud Pública.
30. Apoyar la dirección de salud pública en las visitas técnicas realizadas por el departamento.
31. Apoyar a la Secretaria de Salud de Soacha en el Proceso de implementación y seguimiento del modelo integral de atención en salud en el municipio de Soacha.
32. Presentar informe de actividades mensuales de acuerdo a las obligaciones contractuales.
33. Desempeñar las demás actividades inherentes al objeto contractual.
34. Acatar las obligaciones generales dispuestas en los estudios e invitación del proceso de contratación.

La anterior certificación se expide a solicitud del (la) interesado (a), a los Cinco (05) días del mes de Marzo de 2021.

Dando alcance al radicado de Control Doc ID118193 - Radicado 20218000060232.

JHON GONZALEZ OSORIO
Secretario de Salud de Soacha

| Funcionario / Contratista | Nombre, cargo, No de contrato (si aplica) | Firma |
|---------------------------|---|-------|
| Elaboro - Revisó | Fabio Sanjuan Quintero - Profesional Especializado Secretaria de Salud Soacha | |

SSSD-338-2022

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA

De acuerdo a las competencias delegadas mediante el Decreto Municipal 207 del 10 de Junio de 2015 y las contenidas en el Decreto Municipal 137 de 16 de Mayo de 2018

CERTIFICA QUE:

Que, revisados los archivos contenidos en la carpeta compartida de la Alcaldía Municipal de Soacha con NIT 800.094.755-7, además de la información dispuesta en la(s) Plataforma(s) SECOP I y SECOP I (Sistema Electrónico de Contratación Pública), se verificó que el (la) Señor (a) **MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No 1.073.695.066 expedida en Soacha, suscribió el (los) siguiente(s) Contrato(s):

1. Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. **2897** de fecha Siete (07) de Septiembre de 2021.

LINK SECOP:

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1_PCCNTR_2807311&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%2fCO1ContractsManagement%2fTendering%2fProcurementContractManagement%2fIndex&prevCtxLbl=Contratcs+

OBJETO: "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LAS ACCIONES DE ASISTENCIA TÉCNICA SEGUIMIENTO Y CONTROL A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, EAPB E IPS PÚBLICAS Y PRIVADAS DEL MUNICIPIO DE SOACHA POR MEDIO DEL PROCESO DE AUDITORÍA EN LA SECRETARÍA DE SALUD".

VALOR CONTRATO: DIECISIETE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$ 17.893.333)

PLAZO DE EJECUCIÓN: CUATRO (04) MESES Y DOS (02) DÍAS SIN QUE SUPERE EL 31 DE DICIEMBRE DE 2021.

FECHA DE INICIO: 09 de Septiembre de 2021

FECHA DE TERMINACIÓN: 31 de Diciembre de 2021

Obligaciones Específicas:

1. Realizar mensualmente asistencia técnica y verificar mediante la inspección directa la implementación del sistema único de habilitación en cumplimiento de la resolución 3100 de 2019, cumplimiento del reporte del programa PGIIRS, levantamiento de medidas, entre otras acciones, en los prestadores locales de servicios de salud, profesionales independientes, incluyendo tiendas naturistas y seguimiento al registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS), incluye el reporte de la estrategia de cuadrantes saludables, soportar asistencia y seguimiento mínimo 30 entidades mensualmente.

2. Realizar el reporte en el formato definido por la secretaria de salud de Cundinamarca, referente a IPS, laboratorios, profesionales independientes y demás prestadores de servicios de salud, incluyendo tiendas naturistas que no cumplen con el proceso de habilitación de acuerdo con la resolución 3100 de 2019 como resultado de los seguimientos mensuales realizados al líder de auditoría de la dirección de aseguramiento de municipio según los lineamientos para dicho caso.

2/-



entrega de pendientes y definir los planes de mejoramiento que corresponda. se debe realizar seguimiento a dos puntos de suministro de medicamentos de EAPB.

13. Verificar que las empresas administradoras de planes de beneficios -EAPB disponen de actas informes de las visitas de auditoria realizadas a la red prestadora de servicios, según cronograma propuesto y que en los informes de las auditorias se definen de forma clara satisfacciones, hallazgos y recomendaciones, se debe incluir la verificación de suscripción de plan de mejoramiento. se debe realizar seguimiento a una (1) entidad.

14. Verificar bimestralmente mediante inspección directa la prestación de los servicios de salud y calidad en la atención en los servicios de urgencias (nocturno) del municipio.

15. Definir y remitir mensualmente la información al lider de auditoria para la elaboración de las recomendaciones y acciones de mejora a las empresas administradoras de planes de beneficios -EAPB que no cumplieron, previo proceso de seguimiento de las obligaciones frente al usuario.

16. Apoyar la definición de los criterios para evaluar y medir anualmente aseguradores y prestadores de servicios públicos y privados del municipio realizar un Ranking en cuanto a políticas de calidad y prestación de servicios.

17. Apoyar el seguimiento a las microempresas establecimientos comerciales que no atienden la visitas de verificación, solicitando formalmente los soportes de aportes al sistema de seguridad social integral y realizar el control para la efectividad en el cumplimiento de la afiliación y aportes, generando el registro sistematizado de las microempresas o establecimientos comerciales con visita de seguimiento para el control de la evasión y elusión de aportes al sistema de seguridad social integral.

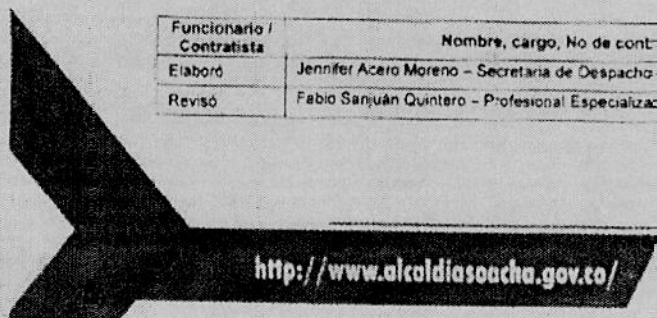
18. Acatar las obligaciones generales dispuestas en los estudios previos e invitación del proceso de contratación.

La anterior certificación se expide a solicitud del (la) interesado (a), a los Trece (13) días del mes de Enero de 2022

Dando alcance al radicado de Control Doc ID176719 – Radicado 20218000391662.

JHON GONZÁLEZ OSORIO
Secretario de Salud de Soacha

| Funcionario / Contratista | Nombre, cargo, No de contacto (si aplica) | Firma |
|---------------------------|---|-------|
| Elaboró | Jennifer Acero Moreno – Secretaria de Despacho – Secretaria de Salud Soacha | |
| Revisó | Fabio Sanjuán Quintero – Profesional Especializado Secretaria de Salud Soacha | |





CERTIFICADO

**SOACHA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quien interese**

07/06/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MAYERLLY SUA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1073695066**


Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550476200071324**
Fecha de apertura **31/03/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|-----------|-------------|-------------------|
| POLIO | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| D.P.T. A | 1ª Dosis | 30 AGO 2018 | Boostrix™ Bile |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| 9  | Sarampión | | |
| | Paperas | | |
| | Rubeola | | |
| | Sarampión | | |
| | Refuerzo | | |
| HAEMOPHILUS INFLUENZAE | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| ANTI HEPATITIS "B" | 1ª Dosis | 06 OCT 2008 | 2061089 |
| | 2ª Dosis | 09 ENE 2009 | 2061089 |
| | 3ª Dosis | 03 ABR 2009 | ANBUB107AD |
| | Refuerzo | 18 FEB 2012 | ANBUC1235C |

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|--|----------|-------------|----------|
| T.D. | 1ª Dosis | 18 FEB 2012 | 02310039 |
| | 2ª Dosis | 20 ABR 2012 | 117011-1 |
| | Refuerzo | 25 AGO 2012 | |
| TETANO | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| FIEBRE AMARILLA L.C. 75 (Válida por 10 años) | | | |
| FIEBRE TIFOIDEA | | | |
| Neumococo Conjugado | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| | 3ª | | |
| | 4ª | | |
| Neumo. Polisacárido | 1ª | | |
| | Refuerzo | | |
| Hepatitis A | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| Varicela | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| Influenza (Gripe) | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| | 3ª | | |



ESQUEMA ANTIRRABICO

| Nº DOSIS | Nº DIA | FECHA | FIRMA |
|------------|--------|-------|-------|
| 1a | 0 | | |
| 2a | 3 | | |
| 3a | 7 | | |
| 4a | 14 | | |
| 5a | 28 | | |
| 1a | 0 | | |
| 2a | 7 | | |
| 3a | 28 | | |
| Rebacteriz | 1 año | | |
| Rebacteriz | 3 años | | |

| OTRAS | |
|-----------------------|---------|
| Prueba de Tuberculina | |
| 1a Dosis | 02-2010 |
| 2a Dosis | 01-2014 |
| 3a Dosis | |

Cervarix™ **Cervarix™**

1a dosis (0.5 ml)
HPV vaccine Types 16 and 18/ Vacun PH
Type 16 et 18/ Vacun VPH tipos 16 y 18

2a Dosis
HPV vaccine Types 16 and 18/ Vacun PH
Type 16 et 18/ Vacun VPH tipos 16 y 18

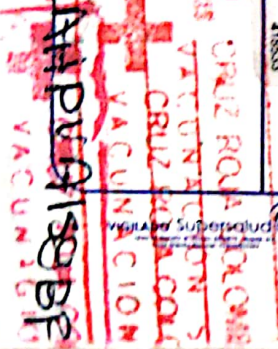
3a Dosis
HPV vaccine Types 16 and 18/ Vacun PH
Type 16 et 18/ Vacun VPH tipos 16 y 18

Notaciones Especiales

UPH CERVARIX 21 JUL 2012

V.P.H CERVARIX 25 AGO 2012

UPH CERVARIX 31 MAY 2013



Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.
Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co



U JSZ

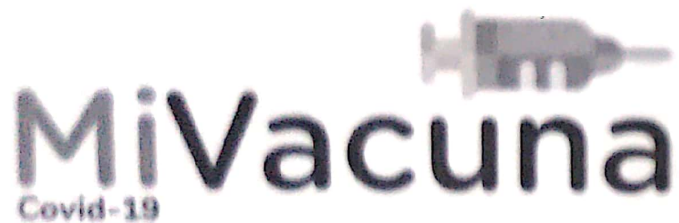
CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE MARY SUA ROMERO

FECHA DE NACIMIENTO 92-08-11 SEXO

TELEFONO 9123309

1073695066



www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud



MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: *Mayerly Katherine*

Apellidos: *Sua Romero*

Documento de identidad: C.C. Y T.I. Pasaporte PEP otro cuát:

No. *2.073.895.066*

Fecha de nacimiento: Día *11* Mes *08* Año *1992*



| Biologico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|-----------|-------|----------|------------|--------|---|------------------------|----------------------|
| COVID-19 | 09 | MAR 2021 | PFIZER | 210958 | CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN EXTRAMURAL | Jefferson Carnos | 1013.657.473 |
| 30 | MAR | 2021 | PFIZER | ER1742 | CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN | Jefferson organista | 1019067272 |
| | 03 | FEB 2022 | PFIZER | 210958 | SEDE SAN MATEO | Yedy Para | 29676954 |



Instituto de **Educación**

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Certifica que:

MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO

con documento de identidad número:

1073695066

Participó en el curso:

Atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual virtual

Con una intensidad de cuarenta (40) horas

Expedido en Bogotá D.C. el 11 de julio de 2023

Claudia Molina Rodríguez
Directora de Educación

Vigencia de dos años a partir de la fecha de expedición. Código: Gc0o6JUd6G

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo analista.educacion@cruzrojabogota.org.co indicando el código del mismo. El Instituto de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano es aprobado por Resoluciones 5733 del 30 de diciembre de 1994/10-005 del 20 de enero de 2010/10-1565 del 16 de febrero de 2018.



RCP-SHAIO

Certifican que

Mayerly Katerine Sua Romero

C.C 1073645066

Asistió y aprobó el

CURSO DE REANIMACIÓN BÁSICA

Duración 20 horas

Se firma en Bogotá, D.C., a los Seis (06) días del mes de Septiembre del 2022

MAURICIO ABELLO SANCHEZ

Coordinador Capacitación RCP
Jefe departamento de Anestesia FCS

GINNA PAOLA RECAMAN PINZON

Coordinadora de Educación
Fundación Clínica Shaio



Instituto de **Educación**

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Certifica que:

MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO

con documento de identidad número:

1073695066

Participó en el curso:

Atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos virtual

Con una intensidad de cuarenta (40) horas

Expedido en Bogotá D.C. el 12 de julio de 2023

Claudia Molina Rodríguez
Directora de Educación

Vigencia de dos años a partir de la fecha de expedición. Código: 7YBiSuB29w

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo analista.educacion@cruzrojabogota.org.co indicando el código del mismo. El Instituto de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano es aprobado por Resoluciones 5733 del 30 de diciembre de 1994/10-005 del 20 de enero de 2010/10-1565 del 16 de febrero de 2018.



Instituto de **Educación**

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Certifica que:

MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO

con documento de identidad número:

1073695066

Participó en el curso:

Competencias Prácticas de Enfermería en Urgencias

Programa de Educación Continuada

Expedido en Bogotá D.C. el 6 de junio de 2023

Claudia Molina Rodríguez
Directora de Educación

Válido únicamente en la institución. Vigencia de dos años a partir de la fecha de expedición. Código: Pw9C4q3bjV

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo analista.educacion@cruzrojabogota.org.co indicando el código del mismo. El Instituto de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano es aprobado por Resoluciones 5733 del 30 de diciembre de 1994/10-005 del 20 de enero de 2010/10-1565 del 16 de febrero de 2018.



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Mayerlly Katerine Sua Romero
CC 1073695066 de Soacha - Cundinamarca

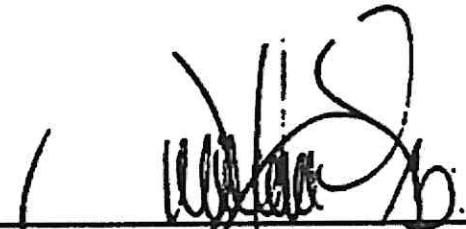
Realizó y aprobó el Curso Manejo de Pruebas en Punto de Atención - Point of Care Testing (POCT) con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-04-09

Fecha de vencimiento: 2026-04-09



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



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Instituto de **Educación**

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Certifica que:

MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO

con documento de identidad número:

1073695066

Participó en el curso:

Curso de Toma e Interpretación de Citología Cérvico Uterina

Con una intensidad de cuarenta (40) horas

Expedido en Bogotá D.C. el 6 de julio de 2023

Claudia Molina Rodríguez
Directora de Educación

Vigencia de dos años a partir de la fecha de expedición. Código: DO2cjcVo4yl

El Instituto de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano es aprobado por Resoluciones 5733 del 30 de diciembre de 1994/10-005 del 20 de enero de 2010/10-1565 del 16 de febrero de 2018.



FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que:

Mayerlly Katherine Sua Romero

C.C. 1.073.695.066

Asistió en calidad de participante al

CURSO TEÓRICO - PRÁCTICO DE CERTIFICACIÓN DE TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA

Realizado en Bogotá D.C., Colombia, el 17 y 24 de julio de 2014,
con una intensidad de 14 horas.

En constancia firman:

Dr. Sergio Parra Duarte
Rector

Dr. Mauricio Wagner Vásquez
Director Educación Continuada



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

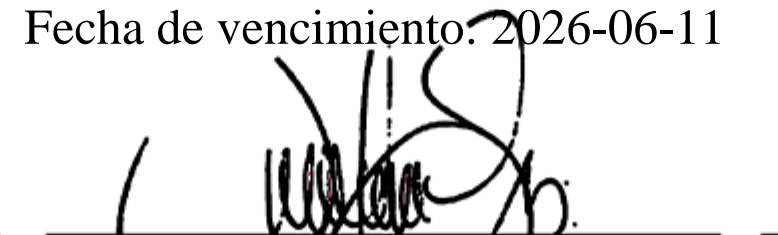
Certifica
Mayerlly Katerine Sua Romero
CC 1073695066 de Soacha - Cundinamarca

Realizó y aprobó el Curso de Anticoncepción con Énfasis en Implante Subdérmico y Dispositivos Intrauterinos (Jadelle - DIU) con un total de 60 Horas.


Fecha de emisión: 2024-06-11
Fecha de vencimiento: 2026-06-11



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



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



NIT. 901544869-6



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Mayerlly Katerine Sua Romero
CC 1073695066 de Soacha - Cundinamarca

Realizó y aprobó el Curso de Asesoría Pre y Post en la Prueba Voluntaria de VIH, con Enfoque Diferencial con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-06-09

Fecha de vencimiento: 2026-06-09



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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista