



REGION DE SALUD
SOACHA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL

PROCESO: Gerencia de Talento Humano

CÓDIGO
VERSION
VIGENCIA

TH FTO 10
03
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 IMPRE SA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO:

ITEM	DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACION
GESTION 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 mayor a tres meses				
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses				
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses				
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses				
9	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)				
10	Registro usuario Secop II				
11	RUT Actualizado				
12	Formato SARI Af 1: 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 ARI				
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 - reintroducción 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 OF CARE TESTING POC1)				
MEDICO URGENCIOLÓGICO					
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				



REGION DE SALUD
SOACHA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL

PROCESO: Gerencia de Talento Humano

CÓDIGO
VERSION
VIGENCIA

TH FTO 10
03
19/11/2024

	JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
53	Retiro e inserción DIU				
54	Retiro e inserción JADI-III				
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 vital 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 psicosensoométricas * Vigencia 3 años.				
	AUXILIAR ENFERMERÍA 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 CLÍNICO				
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, visometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH 13 Y 14 libre)				
	SERVICIO DE ALIMENTACIÓN				
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, 11 de Marzo de 2025.

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: **LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS**

Cargo: Auxiliar de enfermería.

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

Cordialmente,



Nombre del Contratista

LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS

CC: 1010160899

Dirección: Calle 59b sur 48b 95

Email: luluvelasco8689@gmail.com

Teléfono/Celular: 3204140778



LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Mi perfil profesional

Soy una profesional con excelentes relaciones interpersonales, alto sentido de pertenencia, responsabilidad y manejo de la confidencialidad de la información. Cuento con habilidades como liderazgo, adaptabilidad al cambio, persistencia y disposición. Gracias a mis capacidades enfrento y ejecuto cualquier instrucción, brindando un trabajo de calidad.

Habilidades

- Liderazgo
- Trabajo en equipo
- Creatividad e innovación
- Capacidad de aprendizaje rápido
- Adaptabilidad y flexibilidad

Educación

2015 Auxiliar de enfermería
Escuela de salud fusdesa

Cursos

Sutura I y II
Escuela de salud fusdesa - 40 horas

Camillería
Capacitaciones CESVI LTDA - 40 horas

Soporte vital básico
Escuela de salud fusdesa - 40 horas

Toma de muestras de laboratorio
Escuela de salud fusdesa - 20 horas

Código blanco
Subres integradase serviciosdesalud sur E.S.E. - En curso

Contacto

☎ 320 414 07 78

✉ luluvelaxcoo@gmail.com

👤 C.C. 1.010.160.899

📍 Calle 59B Sur # 48b-95

Referencias personales

👤 **Carlos Eduardo Rocha Gutiérrez**
Optómetra
312 874 56 56

👤 **Sonia Marcela Suarez Saza**
Trabajadora social
3132394322

Referencias familiares

👤 **Juan Ricardo Velasco Riveros**
Administrativo chevy plan
318 347 18 54

👤 **Camilo Cassiani Velasco**
Adm. de empresas

Experiencia laboral

AUXILIAR DE ENFERMERÍA ASISTENCIAL

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

16 de julio de 2024- 31 de enero de 2025

- Manejo de pacientes como primer respondiente en sistema de transporte masivo Transmilenio
- Manejo de aplicativo CIDEASURE

AUXILIAR RUTA DE ALTERACIONES NUTRICIONALES

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

9 de Septiembre de 2023 - 7 de Abril de 2024

- Manejo de bases de datos en Ruta de Alteraciones Nutricionales (SDS)
- Seguimiento a Bases de datos de Capital Salud
- Asistencia a fortalecimientos con el líder de la ruta acerca de los temas a abordar con los profesionales de las unidades de atención
- Asignación de citas a pacientes con desnutrición, riesgo de desnutrición y obesidad
- Ejecutar las acciones programadas por líder de convenio para implementación de la ruta
- Revisión y alimentación de base de datos remitida por Capital Salud referente a pacientes con desnutrición aguda y obesidad, con el fin de identificar las atenciones pendientes
- Asistencia a fortalecimientos a pares para la implementación de pruebas de apetito y diligenciamiento de historia clínica H214
- Seguimiento de Auxiliares de centros de salud para la asignación de controles adecuados a requerimiento del menor por la resolución 2465 de 2016 y la resolución 2350 de 2020
- Manejo de aplicativo Anthro para verificación de medidas antropométricas

AUXILIAR DE ENFERMERÍA PAI

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

27 de Marzo 2018 - 31 de Agosto 2021

- Vacunación esquema regular Extramural
- Bloqueos casa a casa
- Diligenciamiento de SIS
- Participación en campañas de promoción de fechas de vacunación, ferias de servicios en las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Usme, Sumapaz
- Seguimiento pacientes crónicos
- Monitoreo distrital con SDS en rastreo de niños no Vacunados USS Reforma. Tareas realizadas: Auxiliar de centro
- Limpieza desinfección, Toma de laboratorios
- Creación de bases en Excel para la creación de talleres para entrega de medicamento de pacientes crónicos (Diabetes, Hipertensión arterial, EPOC)
- Creación de base de datos de pacientes con discapacidad para la atención entrega de medicamento y atención por médicos en casa
- Seguimiento a gestantes. Seguimiento y acompañamiento a gestantes con sífilis
- Inventarios

CAPS Marichuela:

- Apoyo a la toma de muestras de laboratorios (toma de muestras de sangre, frotis vaginales)
- Toma de EKG por agenda

USS Isla del Sol:

- Manejo de inventarios de los insumos
- Manejo punto de Vacunación
- Inventarios
- Seguimientos pacientes de programa crónicos

Dirección de servicios ambulatorio

- Revisión de base de datos enviadas por Capital Salud EPS por riesgo de vida
- Asignación de citas médicas
- Asistencia a reuniones De estrategias para el cumplimiento del PGP

TÉCNICO

FUNDACION JASSIEL

12 de Octubre 2017- 31 de Enero 2018

- Seguimiento de pacientes de insuficiencia venosa.
- Asistencia a juntas medicas de cirujanos vasculares.
- Manejo de Plataformas en línea y programas d pacientes.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

EPS SANITAS

22 de Febrero 2017- 19 Julio 2017

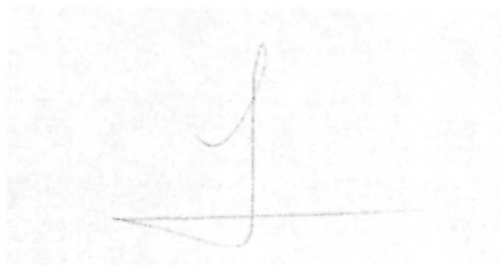
- Manejo de procedimientos
- Administración de medicamento
- Toma de laboratorios
- Protocolos de desinfección
- Manejo de historia clínica.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MEDICAL CENTER

13 de Junio de 2015 - 14 de Noviembre de 2016

- Aplicación de medicamentos.
- Manejo y seguimiento a pacientes con enfermedades cardio vasculares



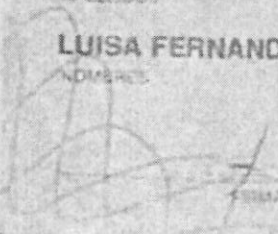
Luisa Fernanda Velasco Riveros
C.C. No.1.010.160.899 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.160.899**

VELASCO RIVEROS
APELLIDOS

LUISA FERNANDA
NOMBRES

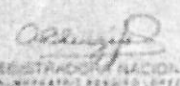


FECHA DE NACIMIENTO **13-ENE-1986**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 **O+** **F**
ESTATURA G. B. RH SEXO

03-MAR-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
ALTERNATIVO RENGLO LEYES



RVES00117 42129423 F 1010160899 00040914 03315 04258A 00 154645064

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 266093226



PIB

21:04:54

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 de marzo 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) LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010160899:

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 William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento con el Ciudadano (C)

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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 10 de marzo de 2025, a las 21:13:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010160899
Código de Verificación	1010160899250310211323

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:40:08 AM horas del 11/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1010160899**

Apellidos y Nombres: **VELASCO RIVEROS LUISA FERNANDA**

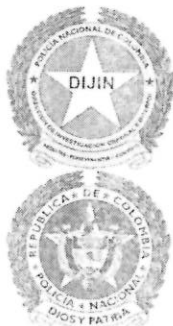
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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 Modelia, Bogotá
D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 510 112
E-mail: djin.arac-atc@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/03/2025 01:42:42 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía No. **1010160899**.

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. **112189434**. 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



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 015000-910112

515 9000



GOV.CO

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP



Mantenimiento en SECOP II

Viernes 14 de febrero 12:01 a.m.

Viernes 14

UTC -5 1:51 PM
LUISA FERNANDA VE...

Configuraciones del usuario

LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS
CAR 0489165

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

11 Mar 2025 (UTC-5) 1:51 PM

Salir

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.

Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensajes

Todos

Sin mensajes...

Más información

Oportunidades de ne...

Sin oportunidades

Más información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141042380183



(415)7707212489984(8020) 0000141042380183

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 1 0 1 6 0 8 9 9

7

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 1 0 1 6 0 8 9 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

VELASCO

32. Segundo apellido

RIVEROS

33. Primer nombre

LUISA

34. Otros nombres

FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 59 B SUR 48 B 95

42. Correo electrónico

luluvelaxco@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

7 1 8 7 0 5 0

45. Teléfono 2

3 2 0 4 1 4 0 7 7 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

52. Número
establecimientos

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

8 6 9 9

2 0 1 6 0 1 0 4

8 2 9 9

2 0 1 5 1 2 1 9

4 2 2 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

53. Código

4

9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

54. Código

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

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 VELASCO RIVEROS LUISA FERNANDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	7/6/2022
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2025-03-11	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	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
VELASCO	RIVEROS		LUISA	FERNANDA	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒		C.E. ☐ R.C. ☐ SUP. ☐	1010100899		BOGOTA
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	CUAL		2004-03-03
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1980-01-13		BOGOTA D.C.	COLOMBIA	COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐			4	3	3294140778
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAESTRO ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐ OTRO ☐					CUAL
					CONTRATISTA
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 58B SUR No 48B 95		BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	6017061411
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
luluvelascon@gmail.com		N/A		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
N/A	N/A		N/A	N/A	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐		C.E. ☐ R.C. ☐ SUP. ☐	N/A		N/A
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	CUAL		N/A
		N/A	¿S RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI ☐ NO ☐
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	BOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	ACUÑAL DE ENFERMERIA	
PROFESIONAL ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRO ☐	OTRO ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	IVA	CODIGOS CUIT ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR	
		SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		ENF Region de Salud Soacha	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐		*NIT	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ INDUSTRIAL ☐ FINANCIERA ☐ TIENE ☐ TECNICO ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENT ☐				209000850-3	
OTRA ☐		CUAL			

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Código	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	7/6/2022
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9 - 97		7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL		NOMBRE DEL CARGO		FECHA VINCULACION	MES Y AÑO RADIACION CARPETA
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	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 700.000	AHORROS	\$ 0
HONORARIOS	\$ 0	ARRENDOS	\$ 900.000	INVERSIONES	\$ 0
ARRENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 3.450.000	OTROS EGRESOS*	\$ 380.000	OTROS ACTIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 3.450.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.980.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
CUOTA DE ALIMENTOS		MERCADO ARRENDOS SERVICIOS Y COLEGIOS		N/A	N/A
6. REFERENCIA PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Dirección Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
SUAREZ	SAZA		SONIA	MARCELA	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CARRERA 73 57R 15 SUR	BOGOTÁ D.C		AMIGA	3132394322	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
DA VIVIENDA	AHORROS		4800530661	TUNAL	601338388
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS					CUANTO
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					N/A
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 entregará a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): NOMBRE DEL CARGO 2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique) 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán 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 Region de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Region de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí 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.					



REGION DE SALUD
SOACHA

FORMATO SARLAFT

Código

TH_FTO_45

Version

0

Vigencia

7/6/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el RIT.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último 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 Público.
- NOTA:** Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a 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.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré mis 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 médica, 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. RESPONSABILIDADES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) 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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado EPS SURA

CERTIFICA

Que **LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1010160899** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1010160899
NOMBRES Y APELLIDOS	LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/08/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	191
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	28

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 11/03/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

apssura.com



**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:

LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.160.899**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



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 Velasco		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Riveros		NOMBRES Luisa Fernanda	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1010160899		GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 13 MES 01 AÑO 1986 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ, D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 59 b 48b 95 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ, D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C. TELÉFONO 7187050 EMAIL lulovelasco6689@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2003	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
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

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 ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6017428585			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	16	Mes	07	Año	2024	Día	31	Mes	01	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA				DIRECCIÓN CARRERA 24C SUR 54 47							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3000000			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	07	Mes	09	Año	2023	Día	07	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA GESTION DE RIESGO				DIRECCIÓN CARRERA 24C 54 47							

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							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
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

11-03-2025

Bogotá

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.

11-03-2025

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2024 - 31/12/2024

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Luisa Fernanda Velasco Riveros

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1010160899

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: CALLE 59B SUR 48B 95

TELÉFONO: 3204140778

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUNA SOFIA ACOSTA VELASCO	1016739739	HIJO(A)
MARIA JOSE VELASCO RIVEROS	1023386401	HIJO(A)
MATHIUS AARON OYEWOLE VELASCO	1027541857	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN

ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE

,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,

EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	\$11.745.840
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$350.000
TOTAL	\$12.095.840

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
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	004800530661	TUNAL	500

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
acueducto	agua	220.000
avanti	gas	48.600
enel	luz	60.000
etb	internet	100.000
personal	arriendo	900.000

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

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

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

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

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

11-03-2025
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770

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

Soacha, 11 d Marzo de 2025.

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS, identificado(a) con cedula No.1010160899 de, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: _____, 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,



LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS

C.C.1.010.160.899

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

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

Soacha, 11 de Marzo de 2025

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 101016099 de Bogotá, por medio del presente documento mepermito 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,



LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS

C.C. No. 1.010.160.899 de Bogotá

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

ARL SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS

N.º Documento: 1010160899

Fecha de Nacimiento: 13 De Enero de 1986

Dirección: Calle 59b sur No 48b 95

Teléfono. Fijo – Celular: 3204140778

E-mail: luluvelasco8689@gmail.com

EPS: SURA

AFP: PORVENIR



Firma Contratista:

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.

Medellín, 01 de abril de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1010160899 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/04/2025

Fecha fin cobertura: 30/04/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2.436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

01/04/2025 7:41 PM

Medellín, 11 de marzo de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS identificado(a) con C1010160899 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10101608992507014921

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección IP 10.205.28.13

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

Soacha 11 de Marzo de 2025

Señores:

Fundación De Socorristas desarrollo y acción FUSDESA

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS 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:

AUXILIAR DE EFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;



Firma

Nº Documento 1010160899 de Bogotá

Tarjeta Profesional Nº _____

Dirección de contacto CALLE 59B SUR 48B 95

Teléfono: 3204140778

 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

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

Yo LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1010160899, expedida en Bogotá, 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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION 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

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

 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: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X X X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLINICAS	
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

 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

Para constancia se firma en Soacha, a los 11 dias de Marzode 2025.




Firma y huella

3204140778

Celular No.

N/A

Correo institucional.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TII FTO 56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha, 11 de Marzo de 2025.

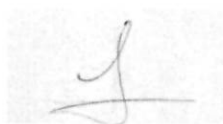
Señores

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

Yo LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS con C.C. 1010160899 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,



LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS
C.C. 1.010.160.899

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 30490181-0430-4429-bf03-54c4c35453d

Nombres y apellidos / Full name

LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 1 0 1 6 0 8 9 9

Fecha de nacimiento / Date of birth

13/01/1986

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

000

Córeo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
			Date of vaccination						
Age	Vaccine	Doses	Día	Mes	Año	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
Day	Month	Year							
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	8	3	2021	PFIZER	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	LADY JOHANNA CARVAJAL GARCIA
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	14	4	2021	PFIZER	ER9449	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	JOSE BAUDILIO TIQUE HUEPA
Sin rango de edad	COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	8	1	2022	Oxford-AstraZeneca	78037	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	LADY ALEXANDRA CHACON

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

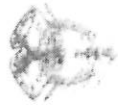
Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

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

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

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

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



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Visa

Apellidos:

Velasco Riveros

Documento
de identidad:

C.C. ☒ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de
documento:

1010160099.

Fecha de
nacimiento:

Día 1 Mes 3 Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
	1			
	2			
Toxide tetánico - Diférico (Td)	3			
	4			
	5			
Toxide acelular	1			
	2			
	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	14-12-24	voos, uob	Pethene
	Anual			
	1ª			
	2ª			
Covid 19	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1010160899
Nombres y Apellidos	LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS
Fecha de nacimiento:	13/01/1986

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	08/03/2021	Pfizer	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL
	Segunda dosis	14/04/2021	Pfizer	ER9449	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL
DPT	Única				
DPT Acelular	Única	17/03/2020	Bostrix - GSK	AC37B334AA	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL VISTA HERMOSA
Fiebre amarilla	Primera dosis	18/10/2011	Stamaril		UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLAYA
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	19/09/2012	Engerix B Adultos	035B1009	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1010160899
Nombres y Apellidos	LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS
Fecha de nacimiento:	13/01/1986

Hepatitis B	Segunda dosis	04/04/2013	Engerix B Adultos	034I1002B	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Tercera dosis	01/08/2013	Engerix B Adultos	035L2001	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Refuerzo	08/09/2015	Recombax B	UFX14004	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	14/12/2024	Green Cross 0.5 ml	V50524003	ASISTIR SALUD SAS CANDELARIA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Conjugado	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	16/07/2018	Sarampión -Rubéola - SERUM	012M7202	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LA REFORMA
	Segunda dosis	19/10/2009	Tetavax		UPA PERDOMO
Td	Tercera dosis	14/11/2014	Toxoide Tetánico y diftérico	024b2011d	VIVA 1A IPS MARLY
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1010160899
Nombres y Apellidos	LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS
Fecha de nacimiento:	13/01/1986

Toxoide Tetánico	Quinta dosis
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis
	Segunda dosis
	Tercera dosis
	Cuarta dosis
	Quinta dosis
	Refuerzo
Triple viral	Primera dosis
	Refuerzo
	Primera dosis
Varicela	Primera dosis
	Segunda dosis
	Refuerzo
Varicela + Triple Viral	Única
VPH Bivalente	Primera dosis
	Segunda dosis
	Tercera dosis
VPH Nona Valente	Única
	Primera dosis
	Segunda dosis
	Tercera dosis
	Única
VPH Tetravalente	Única
	Primera dosis
	Segunda dosis
	Tercera dosis
	Única

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:** CENDIATRA SUR 2**DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ**TELÉFONO:** 2039694**EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:** 2025-03-19

Nombres y apellidos: LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS
Fecha de nacimiento: 13/01/1986
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CC: 1010160899
Edad: 39 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-03-19 / 12:18:41
Fecha salida: 2025-03-19 / 12:18:41

**EXÁMENES REALIZADOS**

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

• ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:

EVITAR SOBRECARGAS MAYORES A 25KG:

ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO POR EPS.

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

- DIETA BALANCEADA.

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

- REQUIERE USO DE LENTES CORRECTIVOS.
- CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA.

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.


Karla Lisbeth Canelon
Médica Especialista
Salud Ocupacional
R.M. 1094861739

KARLA LISBETH CANELON
ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico



LUISA FERNANDA VELASCO
RIVEROS
CC: 1010160899
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Sedes Nacionales

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito
San Fernando - Cali La Flora - Cali Vercalles - Cartagena - Ibaqué -

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 2

DIRECCIÓN: Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694

EMAIL: citas.sur@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-03-19

Nombres y apellidos: LUISA FERNANDA VELASCO
RIVEROS
Fecha de nacimiento: 13/01/1986
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CC: 1010160899
Edad: 39 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-03-19 / 12:18:41
Fecha salida: 2025-03-19 / 12:18:41



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. EVITAR SOBRECARGAS MAYORES A 25KG;
2. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO POR EPS.
3. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: - DIETA BALANCEADA.
4. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: - REQUIERE USO DE LENTES CORRECTIVOS. - CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA.



Dra. Karla Canelon
MEDICO ESPECIALISTA
SAUD PÚBLICA/OPS
R.M. 1094861739

KARLA LISBETH CANELON
ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico



LUISA FERNANDA VELASCO
RIVEROS
CC: 1010160899
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:** CENDIATRA SUR 2**DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ**TELÉFONO:** 2039694**EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:** 2024-06-21

Nombres y apellidos: LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS
Fecha de nacimiento: 13/01/1986
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CC: 1010160899
Edad: 38 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-06-21 / 02:57:56
Fecha salida: 2024-06-21 / 03:05:25

**EXÁMENES REALIZADOS**

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

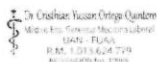
:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

CONTROL ANUAL NUTRICION

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presentó la valoración.



CRISTHIAN YUSSAN ORTEGA
QUINTERO
RM: 1013624779
Firma y sello del médico



LUISA FERNANDA VELASCO
RIVEROS
CC: 1010160899
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 2

DIRECCIÓN: Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694

EMAIL: citas.sur@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-06-21

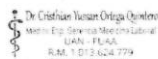
Nombres y apellidos: LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS
Fecha de nacimiento: 13/01/1986
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CC: 1010160899
Edad: 38 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-06-21 / 02:57:56
Fecha salida: 2024-06-21 / 03:05:25



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: CONTROL ANUAL NUTRICION



CRISTHIAN YUSSAN ORTEGA
QUINTERO
RM: 1013624779
Firma y sello del médico



LUISA FERNANDA VELASCO
RIVEROS
CC: 1010160899
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajica - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

EXAMEN OPTOMETRICO**SEDE:** CENDIATRA SUR 2**DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ**TELÉFONO:** 2039694**EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:** 2024-06-21**CC:** 1010160899**Nombres y apellidos:** LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS**Fecha de nacimiento:** 13/01/1986**Edad:** 38 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +**Teléfono:****Nombre acompañante:****Empresa:** PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:** AUXILIAR DE ENFERMERIA**Fecha ingreso:** 21/06/2024**Fecha salida:** 21/06/2024**Teléfono acompañante:****ANTECEDENTES PERSONALES****SECCIÓN 1**

DIABETES:	NO
CIRUGÍA OCULAR:	NO
AUCOMA:	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	NO
ALERGIAS:	NO
OTROS:	NO
¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:	SI

MOTIVO DE CONSULTA**SECCIÓN 1**

VISIÓN BORROSA:	NO
ARDOR:	NO
LAGRIMEO:	NO
ENROJECIMIENTO:	NO
PRURITO:	NO
CEFALEA:	NO
ASTENOPIA:	NO
SALTO DE RENGLON:	NO
FOTOFOBIA:	NO
SECRECIÓN:	NO
DOLOR OCULAR:	NO
VISIÓN DOBLE:	NO
INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:	NO
MAREO:	NO
VERTIGO:	NO
MIODESOPSIAS:	NO
OTROS:	NO

AGUDEZA VISUAL**SIÓN LEJANA**

SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/20
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/25
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/25

VISIÓN PRÓXIMA

SIN CORRECCION OD:	
CON CORRECCION OD:	0.50 CM.
SIN CORRECCION OI:	
CON CORRECCION OI:	0.50 CM.
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	0.50 CM.

ESTENOPEICO

SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR**SECCIÓN 1**

OD:	NORMAL
-----	--------

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajica - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

OI:	NORMAL
COVER TEST	
SECCIÓN 1	
LEJOS:	
CERCA:	
HIRSCHBERG:	CENTRADO
P.P.C:	
MOTILIDAD OCULAR:	NORMAL
QUERATOMETRÍA	
SECCIÓN 1	
OD QUERATOMETRÍA:	
OI QUERATOMETRÍA:	
OFTAMOLSCOPIA	
SECCIÓN 1	
OD OFTAMOLSCOPIA:	NORMA L
OI OFTAMOLSCOPIA:	NORMAL
REFRACCIÓN	
OJO DERECHO	
ESTÁTICA:	
DINÁMICA:	
CICLOPLEJÍA:	
OJO IZQUIERDO	
ESTÁTICA:	
DINÁMICA:	
CICLOPLEJÍA:	
TEST ADICIONALES	
SECCIÓN 1	
XT ADICIONALES:	NO
SIÓN CROMÁTICA:	NORMAL
ESTERIOPSIS:	NORMAL
TITMUS:	NO
RX EN USO	
OD:	SI
OI:	S II
DIAGNÓSTICO	
SECCIÓN 1	
DIAGNÓSTICO 1:	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
DIAGNÓSTICO 2:	OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN
DIAGNÓSTICO 3:	
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 5:	
OBSERVACIONES:	CONTINUAR CON USO DE CORRECCION VISUAL
RECOMENDACIONES	
SECCIÓN 1	
REQUIERE FORMULA:	NO
CONTROL ANUAL:	SI
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:	NO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	NO


Diana Moreno B.
 OFTOMETRA - REG. 3549
 ESP S.O. RES. 7958/1029

DIANA MORENO BALLESTEROS
 RM: 7818
 Firma y sello del médico



LUISA FERNANDA VELASCO
 RIVEROS
 CC: 1010160899
 Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
 Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
 Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena -
 Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
 Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
 Villavicencio

Código: Versión: Fecha:



La República de Colombia
Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.
Secretaría de Educación Distrital
y en su nombre la

Institución Educativa Distrital
Externado Nacional Camilo Torres

Autorizado mediante las Resoluciones Nos. 5682/98, 7476 /98 y 2518/02

Confiere a :

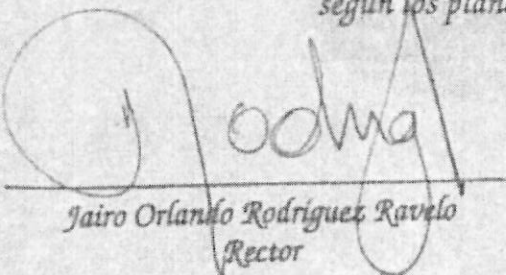
Luisa Fernanda Velasco Riveros

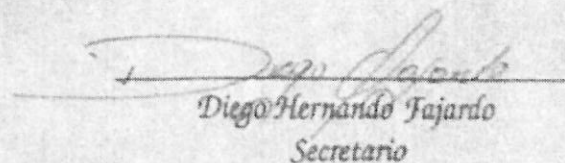
T.I. 860113-54990 de Santafé de Bogotá, D.C.

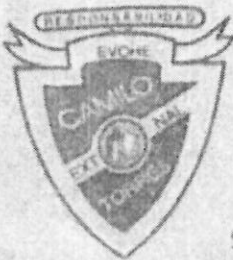
el Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes


Jairo Orlando Rodríguez Ravelo
Rector


Diego Hernando Fajardo
Secretario



Registro Interno

Folio No..... Libro No.....

Dado en Bogotá, D.C. a los 2 días del mes de Abril de 2004

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según
Decreto 221 del 6 de Mayo de 1994. - Gobierno Nacional

A.P. Impresora Ltda

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL EXTERNADO NACIONAL CAMILO TORRES JORNADA TARDE CARRERA 7 No. 33-64 TELÉFONOS: 2851285-3380221

Inscripción S.E. 2191

Inscripción DANE 111001010816

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los Doce (12) días del mes de Diciembre de 2003, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL EXTERNADO NACIONAL CAMILO TORRES, Institución aprobada hasta Nueva Determinación en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO, según Resoluciones Nos. 5682/98, 7476/98 y 2518/02. 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 de documento de identidad se relacionan a continuación:

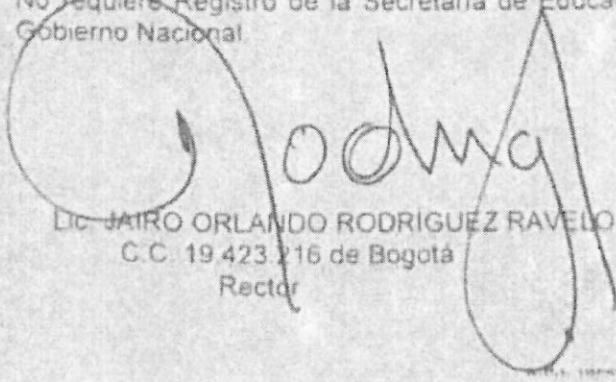
Luisa Fernanda Velasco Riveros

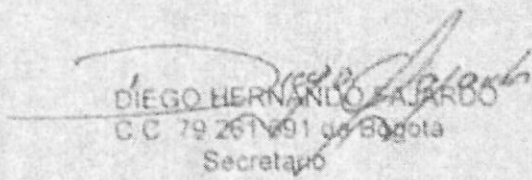
T.I. 860113-54990 de Santafe de Bogotá, D.C.

Es fiel copia del Acta Original No. 143 del 12 de Diciembre de 2003, consta de 89 alumnos, comienza con el nombre de ABRIL ROJAS LADY VIVIANA y cierra con el nombre de WILCHES ROJAS PAOLA ANDREA. Firmada por Lic. JAIRO ORLANDO RODRÍGUEZ RAVELO (Rector) y DIEGO HERNANDO FAJARDO (Secretario).

Dada en Bogotá, D.C. a los trece (13) días del mes de Diciembre de 2003.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 del Gobierno Nacional.


Lic. JAIRO ORLANDO RODRÍGUEZ RAVELO
C.C. 19.423.216 de Bogotá
Rector


DIEGO HERNANDO FAJARDO
C.C. 79.261.691 de Bogotá
Secretario



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento
N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS

C.C 1.010.160.899 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACION 1600 HORAS



[Firma]

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA



[Firma]

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Dado en Bogotá, D.C. a los 19 Días del Mes de Diciembre de 2015
Anexo en el Folio 15078 Del libro 06 del Registro de FUSDESA.



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

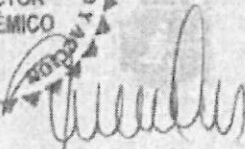
ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 034

ACTA INDIVIDUAL N° 15078

En Bogotá D.C. a los 19 días del Mes de Diciembre del año 2015,
LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.010.160.899 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 15078 del Libro 06 del Registro de FUSDESA




NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA




PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO



EL SALDA MEJOR
PARA TODOS

Resolución No. 150 de 12/01/2017

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

LA DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2019, Ley 1154 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) VELASCO RIVEROS LUISA FERNANDA, identificado(a) con C.C. número 1010160899 expedida en BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERÍA otorgado por FUNDACIÓN DE SOCCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN FUSDESA el día 19/12/2015.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a VELASCO RIVEROS LUISA FERNANDA (identificado(a) con C.C. número 1010160899 expedida en BOGOTÁ D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERÍA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedará inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 12/01/2017

Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Rosmira Mosquera Padilla

Bogotá, D.C. 10/02/2017
A la fecha notifiqué personalmente al
señor(a) Luisa Elisa Velasco
C.C. # 1010160899 Bogotá
Firma

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Tipo	Identificación	Nro.	Primer		Segundo		Primer		Segundo		Estado	Identificación	Detalles
			Nombre		Nombre		Apellido		Apellido				
CC		1010160899	LUISA		FERNANDA		VELASCO		RIVEROS		Vigente		Ver

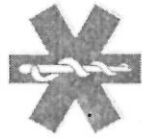
De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS Identificado(a) con CC 1010160899 registra La siguiente información:

2025-03-12--5:03:31 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2017-01-12	150	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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



ASOCIACION AJUDISP

BOGOTÁ-COLOMBIA



EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

CERTIFICA:

QUE:

LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS

C.C.: 1010160899 DE BOGOTÁ

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE AGENTES QUIMICOS

INTENSIDAD DE 40 HORAS



[Handwritten signature]

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios

Sociales y Políticos

NTT: 901.364.935-1

AJUDISP AJUDISP AJUDISP

Asociación AJUDISP

NTT. 901364935-1

DADO EN BOGOTÁ CUNDINAMARCA A LOS DIAS 09 DEL MES DE ENERO

DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

Rafael Iván González Figueroa

Presidente AJUDISP

C.C. 1.012.362.780

AJUDISP Asociación AJUDISP AJUDISP

INSTRUCTOR



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

rTTO7VVtOJ

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS

1010160899

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

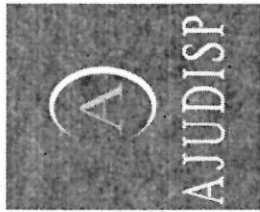
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL V2

Con una intensidad horaria de : 40 horas

Para constancia se expide:

junio 17, 2024

Vigencia de 3 años



ASOCIACION AJUDISP BOGOTÁ-COLOMBIA



EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

NTT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
S206C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

CERTIFICA:

QUE:

Luisa Fernanda Velasco Ríveros

C.C 1010160899 BOGOTÁ D.C

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE
PRIMER RESPONDIENTE EN SALUD

INTENSIDAD DE 20 HORAS



[Signature]

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios

Sociales y Políticos

NTT: 901.364.935-1

AJUDISP AJUDISP AJUDISP

Asociación AJUDISP

NTT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa

Presidente AJUDISP

C.C. 1.012.362.780

AJUDISP Asociación AJUDISP AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ CUINDINAMARCA A LOS 10 DIAS DEL MES DE JULIO
DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS



ASOCIACION AJUDISP BOGOTÁ-COLOMBIA



EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

NIT: 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB-06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

CERTIFICA:

QUE:

Luisa Fernanda Velasco Ríveros

C.C 1010160899 BOGOTÁ D.C

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

SOPORTE VITAL MODULAR EN TRAUMA

INTENSIDAD DE 20 HORAS



Rafael Iván González Figueroa

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

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

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

Asociación AJUDISP

NIT. 901364935-1

INSTRUCTOR

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



ASOCIACION AJUDISP BOGOTÁ-COLOMBIA



EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

NTT 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

CERTIFICA:

QUE:

Luisa Fernanda Velasco Ríveros

C.C 1010160899 BOGOTÁ D.C

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

MISION MEDICA

INTENSIDAD DE 20 HORAS



Rafael Iván González Figueroa

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

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

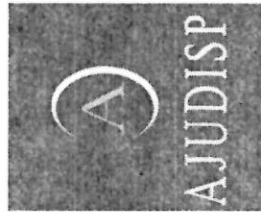
Asociación AJUDISP

NTT. 901364935-1

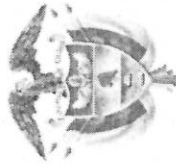
INSTRUCTOR

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

DADO EN BOGOTÁ CUNDINAMARCA A LOS 06 DIAS DEL MES DE JULIO
DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS



ASOCIACION AJUDISP BOGOTÁ-COLOMBIA



NTT. 901364935-1
SECRETARÍA DE SALUD
SBO6C007622
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

CERTIFICA:

QUE:

Luisa Fernanda Velasco Ríveros

C.C 1010160899 BOGOTÁ D.C

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

MANEJO DEL TRAUMA CRANEOENCEFALICO

INTENSIDAD DE 20 HORAS



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

Rafael Iván González Figueroa

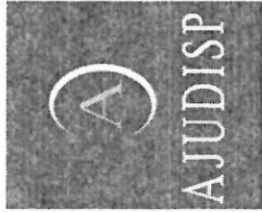
RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

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

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ CUNDINAMARCA A LOS 05 DIAS DEL MES DE JULIO
DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS



ASOCIACION AJUDISP BOGOTÁ-COLOMBIA



SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

NTT. 901364935-1
SBO-6Coor622
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

CERTIFICA:

QUE:

Luisa Fernanda Velasco Ríveros

C.C 1010160899 BOGOTÁ D.C

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD

INTENSIDAD DE 20 HORAS



[Signature]

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios

Sociales y Políticos

NTT: 901.364.935-1

AJUDISP AJUDISP

Asociación AJUDISP

NTT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa

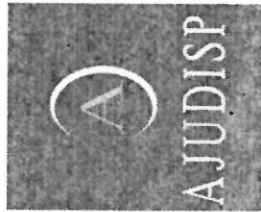
Presidente AJUDISP

C.C. 1.012.362.780

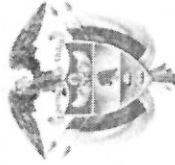
AJUDISP Asociación AJUDISP AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ CUINDINAMARCA A LOS 04 DIAS DEL MES DE JULIO
DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS



ASOCIACION AJUDISP BOGOTÁ-COLOMBIA



EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

NTT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
S306C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

CERTIFICA:

QUE:

Luisa Fernanda Velasco Ríveros

C.C 1010160899 BOGOTÁ D.C

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

PRIMER RESPONDIENTE EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

INTENSIDAD DE 20 HORAS



[Handwritten signature]

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

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

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

Asociación AJUDISP

NTT. 901364935-1

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ CUNDINAMARCA A LOS 08 DIAS DEL MES DE JULIO
DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS



© 2004 by American Psychological Association. 0893-3200/04/\$12.00 DOI: 10.1037/0893-3200.19.1.112
This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated
widely. Copyright and all related rights are reserved by American Psychological Association. This article
and any data contained herein are intended for your personal use only. No part of this publication may
be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical,
photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing
from the publisher, American Psychological Association.

D.I. No. 1.010.160.899 de Bogotá D.C.

ING.: LEIDY ANDREA CANON
COORDINADORA GENERAL
CND: 25228-352692



**CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO**

Asociación para la Promoción y el Desarrollo de la Empresa y la Comunidad. Registro No. 00045 del 14 de Diciembre de 2012, con Reconocimiento de Registro de Programa
Código Nacional No. 1.011 del 15 de Agosto de 2016 y Acuerdo No. 019 del 17 de Mayo de 2018, por el Ministerio de Salud y Protección Social y
Acuerdo No. 00405 del 11 de Julio de 2018, expedido por la Secretaría de Educación de Cundinamarca.

CERTIFICA QUE:
Luisa Fernanda Velasco Riveros

D.I. No. 1.010.160.899 de Bogotá D.C.

Asistió al Curso Taller de:

**Soporte Vital Básico SVB (BLS)
"Abordaje al Paciente con parada Cardiorespiratoria"**

El día 04 de Agosto de 2023, con una duración de 40 horas, Dado en Bogotá D.C.

**BASADO EN LAS GUÍAS 2020-2025 DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION-ILCOR
Y LA AMERICAN HEART ASSOCIATION PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA LEY 1805 DE 2016, RESOLUCION No. 3100
DEL 25 DE NOVIEMBRE DE 2019 Y RESOLUCION No. C003316 DE 2019.**

[Firma]

Dra. MARCELA FEBIANA PERAZA CASTILLO
DIRECTORA GENERAL
R.M. 118653

[Firma]

Dr. VICTOR MANUEL PERAZA C.
INSTRUCTOR
D.I. 79594565

[Firma]

ING. LEIDY ANDREA CANON
COORDINADORA GENERAL
CND.: 25228-352692



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

rTTO7VVtOJ

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS

1010160899

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL V2

Con una intensidad horaria de : 40 horas

Para constancia se expide:

junio 17, 2024

Vigencia de 3 años



ASOCIACION AJUDISP BOGOTÁ-COLOMBIA



EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

NTT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
T-2023-8460

CERTIFICA:

QUE:

LUISA FERNANDA VELASCO RIVEROS

C.C.: 1010160899 DE BOGOTÁ

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

GESTION DEL DUELO

INTENSIDAD DE 40 HORAS



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

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

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

Asociación AJUDISP

NTT. 901364935-1

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ CUNDINAMARCA A LOS DÍAS 11 DEL MES DE MARZO
DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y SECRETARÍA DE SALUD

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

luisa fernanda velasco riveros

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

Fecha de Emisión: mayo 23, 2024

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA



CURDINAMARCA
QUE PROTEGE
EN COMUNICACIÓN



