EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	03
		VIGENCIA	13/03/2025

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Milena Trompa T.

CARGO: Aux. enfermería

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE N/A	OBSERVACIÓN
	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)		X		
10	Registro usuario Secop II	✓			
11	RUT Actualizado	✓			
12	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	✓			
13	Certificado actual de afiliación EPS	✓			
14	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	✓			
15	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	✓			
16	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II	✓			
17	Formato de oferta de prestación de servicios	✓			
18	Formato de indemnidad	✓			
19	Formato de ARL	✓			
20	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)	✓			
21	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	✓			
22	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	✓			
23	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	✓			
24	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	✓			
25	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	✓			
26	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años		X		
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
27	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado	✓			
28	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado	✓			
29	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
33	Tarjeta profesional				
34	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
35	ReTHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)	✓			
36	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros	✓			
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES				
37	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	✓			
38	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	✓			
39	Manejo del duelo (Asistenciales)	✓			
40	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	✓			
41	Certificado Dengue y fiebre amarilla	✓			
	AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
42	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
43	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
44	Toma de muestra con fecha de vigencia				
45	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
46	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
47	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
48	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
50	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
51	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
52	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				

53	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
54	Retiro e inserción DIU				
55	Retiro e inserción JADELLE				
56	Certificado de formación en toma de citología				
57	Soporte vital avanzado				
58	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
59	Soporte v tal avanzado				
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				
60	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
61	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
62	Registro único nacional de tránsito RUNT				
63	Licencia de conducción				
64	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito				
68	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.				
	AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA				
69	Soporte vital básico				
70	Primeros Auxilios				
71	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	INGENIERO BIOMEDICO				
72	Certificado del registro INVIMA				
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO				
73	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
74	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
75	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
76	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
	SERVICIO DE ALIMENTACION				
77	Certificación de manipulación de alimentos				
78	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
	MANTENIMIENTO				
79	Certificado curso de alturas				
80	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
	EXPERIENCIA LABORAL				
81	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, 12 de mayo del 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: Ana Milena Trompa Rico

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,

Milena Trompa R.

Nombre del Contratista
Ana Milena Trompa Rico
CC: 52788101
Dirección: calle 19ª N. 9-23
Email: anatrompa17@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3003884110



PERFIL

Soy una profesional en Auxiliar de Enfermería con una sólida formación y experiencia en el cuidado integral de pacientes. Mi enfoque se centra en brindar atención de calidad, destacándome por mi compromiso, empatía y capacidad para trabajar de manera eficiente en diferentes entornos.

CONTACTO

+57 3003884110

Colombia

Anatrompa17@gmail.com

HABILIDADES

- Empatía
- Trabajo en equipo
- Organización
- Comunicación
- Resolución de problemas

Ana milena Trompa rico

Auxiliar en Enfermería

EXPERIENCIA LABORAL

Auxiliar de Enfermería | HOSPITAL MARIO GAITA YANGUAS
Fecha Inicio 19-de julio 2024– Fecha término 19-12-2024 | CEL 3136446983

- Equipos básicos en salud de Soacha

Auxiliar de Enfermeria- Hijas de la caridad de san Vicente de paúl CEL 3154002475

- Administración de medicamentos
  Asistencia en baño
  Acompañamiento en sitas medicas
  Toma de signos vitales
  Asistencia en alimentos

Auxiliar de enfermeria- Hogar gerontológico San lorenzo CEL 6016022478

Fecha de inicio 01-02-2022 Fecha de terminación 01-05-2023
Asistencia en baño
Toma de signos vitales
Asistencia en alimentos
Administración de alimentos

EDUCACIÓN

Técnico Auxiliar de enfermeria- corporación técnica empresaria para el trabajo
Fecha de termino- 12-12-2021 Ciudad- la mesa Cundinamarca

Cursos adicionales
Gestión de duelo en Servio de salud
Soporte vital básico
Atención a víctimas de violencia sexual
Atención integral a víctimas de ataque con agentes químicos
Humanizaciones en servicios de salud

IDIOMAS

Español nativo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.877.101**

TROMPA RICO

APELLIDOS

ANA MILENA

NOMBRES

Milena Trompa R

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-AGO-1982**

SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

23-ABR-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01296800-F-0052877101-20220511 **00792**68147A 4 8504597789

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 268454350

PIB
19:36:49

Bogotá DC, 08 de abril 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) ANA MILENA TROMPA RICO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52877101:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento 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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 08 de abril de 2025, a las 19:41:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52877101
Código de Verificación	52877101250408194120

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 05:50:58 PM horas del 09/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52877101**

Apellidos y Nombres: **TROMPA RICO ANA MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

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, 09/04/2025 06:52:18 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52877101 .**

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. **114150823** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	ana trompa rico
Nombre abreviado	ana trompa rico
Fecha de creación	13/07/2024 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	52877101
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Cundinamarca
Municipio	Soacha

Información de contacto

Dirección	https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?DocUniqueIdentifier=CO1.PCCNTR.6090639&Messages=Contrato+cancelado%7cSuccess
Código postal	250051
Teléfono de oficina	3003884110
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	ANATROMPA15312024@hotmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	ANATROMPA15312024@hotmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14940065342

(415)7707212489984(8020) 000001494006534 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
52877101	9	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	52877101	2001/04/23

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TROMPA	RICO	ANA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Soacha 754

41. Dirección principal: CL 12 A # 9 - 2

42. Correo electrónico: anatrompa17@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3003884110	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8699	2025/04/11						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha: 2023 - 08 - 23 / 09 : 00: 32

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: TROMPA RICO ANA MILENA

985. Cargo: Contribuyente

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

CamScanner

Fecha generación documento PDF: 21-05-2024 11:35:21AM

REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

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

FECHA:	2025-04-11	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TROMPA	RICO	ANA	MILENA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C	X	C.E.		R.C.	NUIP	52877101	BOGOTA D.C	2001-04-21
PASAPORTE		OTRO		CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1982-08-17	SOACHA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	X	CASADO(A)		DIVORCIADO(A)		UNION LIBRE		VIUDO(A)		0	1	3003884110

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER		POSGRADO		UNIVERSITARIO		BACHILLER		PRIMARIA		TECNICO	X	TECNOLOGO		OTRO		CUAL:		CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 12A#9-23	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3003884110

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
anaitrompa17@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL:				

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
SOLIDO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA....		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI		SI	NO X	8699
		NO X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	SI NO X	

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | | | |

REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Calle 13 # 9-95	7309230	Soacha	Cundinamarca	Colombia.
CARGO ACTUAL	Auxiliar de enfermeria.		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2'000.000	GASTOS FAMILIARES	1'500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2'000.000	TOTAL EGRESOS	1'500.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BROOCKES	MERCADOS	ARELIS	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
HUERTAS DE SOACHA	SOACHA	AMIGA	3006558475

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	24081143678	SOACHA	3003884110

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

auxiliar de enfermeria

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 del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

REGION DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

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 ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal 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.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Milena Trompa R.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

SaludTotal.

BOGOTA, Mayo 22 de 2025

Señora:

TROMPA RICO ANA MILENA

CC. 52877101 CLL 12a #9-23

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 25 de 2025. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cOt	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afilia	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
TROMPA RICO ANA MILENA	52877101	C	Abril 25 2025	6	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ANA MILENA TROMPA RICO	52877101	Independente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial SALUD
TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

porvenir
sólo hay uno

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:

ANA MILENA TROMPA RICO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.877.101**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 9 de Abril 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.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Trompa	Rico	Ana Milena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52877101	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 17 MES 08 AÑO 1982	CALLE 12A 9 23 Calle 12A-9 23			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	SOACHA		
MUNICIPIO	SOACHA	TELÉFONO		EMAIL	anatrompa17@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		TECNOLOGIA EN SALUD COMUNITARIA Y ATENCION HOSPITALARIA BASICA	12	2021	Auxiliar de enfermeria

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

[redacted]

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3136446983	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	06	*Año*	2024	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 13A 7 13					

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	0	6
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 X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 12/05/2025

Milena Trompa R.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública | SIGEP II

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Periodo 01/01/2024 - 31/12/2024

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Ana Milena Trompa Rico

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 52877101 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CALLE 12A - 9 23 Calle 12A-9 23 TELÉFONO: 3003884110

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y 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
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$0

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
CAJA SOCIAL	CUENTA DE AHORROS	24081143678	BOGOTA	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la **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 forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Helen Tromfa R.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

12/05/2025
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

Soacha, 11de Abril de 2025

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Ana Milena Trompa Rico, identificado(a) con cedula No.52877101de Bogotá , interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: EBC Soacha, 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:

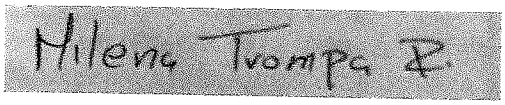
_____

_____

_____

_____

Atentamente,



_____

C.C.52877101

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
ANA MILENA TROMPA RICO	C.C.	52,877,101	28/05/2025

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 27 de mayo de 2025 a las 08:17:02 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

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

ARL COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido:	Ana Milena Trompa Rico
N.° Documento:	52877101
Fecha de Nacimiento	17 De agosto De 1982
Dirección:	Calle 12 A # 9-23
Teléfono. Fijo – Celular:	3003884110
E-mail:	anatrompa17@gmail.com
EPS:	Nueva E.P.S
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.

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

Soacha 11de ABRIL de 2025

Señores:

CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

N° Documento 52877101

Tarjeta Profesional N. 4180-202-4180

Dirección de contacto CALLE 12ª # 9-23

Teléfono 3003884110

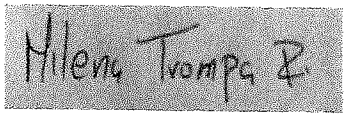
los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su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

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

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

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 11 de Abril de 2025





Firma y huella

3003884110

Celular No.

anatrompa17@gmail.com

Correo institucional.

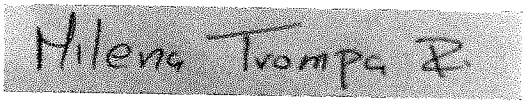
Soacha,11 de abril de 2025.

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

Yo Ana Milena Trompa Rico con C.C. 52877101 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: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,



C.C. 52877101

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.

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Aru Mileny

Apellidos: Trompa Riw

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52897101

Fecha de Nacimiento: Día 12 Mes 08 Año 1982

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1	04-03-2005		
Toxoide Tetanico Diftenico Td	1	09 02 96		
	2	15 03 96		
	3	20-04-96		
	4	20 09 96		
	5			
Contra Hepatitis B	1	9-02-96		
	2	15 03-96		
	3	20-04-96		
	R	20 09 96		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
AHINI Contra Influenza Estacional	13-04-2010		70905484	Patricia H
Virus de Papiloma Humano				
Influenza		12-02-09		
Tripedivir		10-11-98		

Powered by CamScanner



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Ona Milena

Apellidos: Tromp Rico

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cual: ☐

No. 52 877 101

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 09 Año 1982

Powered by CamScanner

REALIZAR SEGUIMIENTO

APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS

VER CARNÉ

VER RESUMEN

Resultado de consulta de usuario: 5

Edad	Tipo de esquema	Biológico	Dosis	Fecha de aplicación	Lote	Fabricante	Institución vacunadora	Nomb vacun
12 meses	PAI	Fiebre amarilla	Única	09/04/2025	23K0648	Fabricante	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	DIANA PAOLA TORRE GOME
Sin rango de edad	PAI Adicional	COVID PFIZER	Primera	28/09/2021	FF8843	PFIZER	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	DEISY REYES MONC
Sin rango de edad	PAI Adicional	COVID PFIZER	Segunda	05/11/2021	FJ1926	PFIZER	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	DEISY REYES MONC
Sin rango de edad	PAI Adicional	COVID PFIZER	Primer Refuerzo	14/03/2022	FN3815	PFIZER	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	PAOLA ANDRI CORRI ARTUI A
Sin rango de edad	Particular	DENGUE TETRAVALENTE PARTICULAR	Primera	09/04/2025	2061D889	No registra	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	DIANA PAOLA TORRE GOME

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
INGRESO
SALUD



Fecha: 12/May/2025, **Hora:** 12:50:52 a.m.
Apellido: TROMPA RICO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 52877101
Direccion: CLL 12 A # 9 23
Estado Civil: Soltero **EPS:** NUEVA EPS
Empresa: Particular
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
IPS que Atendio: , Ciudad de Atención:

HC: # 79897
Nombre: ANA MILENA
Sexo: Femenino ♀
ARL: SURA

Edad: 42 años
Rh: O+
Nacim: 17/Ago/1982
AFP: COLFONDOS

Ciudad: SOACHA- CUNDINAMARCA

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria.

Concepto

APTO PARA EL CARGO.

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS

Otras: CUMPLIR CON LAS NORMAS Y LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*MANTENER UNA ADECUADA POSTURA CORPORAL.
*MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
*EL PACIENTE PRESENTA UNA SALUD VISUAL ÓPTIMA, SIN SIGNOS DE ALTERACIONES.
*REALIZAR ESTIRAMIENTOS REGULARES, Y EJERCICIOS DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
* SE SUGIERE USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL CUANDO SEA NECESARIO Y ESTE ESTABLECIDO POR LA EMPRESA/CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO..

Observaciones

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

Dra. Margenis Yolanda Soraca G.
C.C. 53.396.315
Especialista SGST
Lic. 5302-2023

MARGENIS SORACA GUERRERO
MEDICO ESPECIALISTA SGSST
Lic. de S.O #: 5302/2023
Registro #: 92975

Milena Trompa

ANA MILENA TROMPA RICO
CC 52877101

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional
Secretaría de Educación de Cundinamarca

El (la) suscrito (a)

Centro Educativo Sua

Soacha - Cundinamarca

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
según Resolución No. 000736 del 09 de Agosto de 1999

Confiere a

Trompa Rico Ana Milena

Identificado (a) con T.I. 820817-03190 Soacha (Cund.)

El Título de

Bachiller Académico

"Con énfasis en
Gestión Empresarial"

Quien obtuvo los logros que establece la Ley 115 de 1994 y Decreto reglamentario 1860 de 1994 correspondientes al Grado Once (11) de Educación Media Académica

Claudia Camargo
Rector (a)

Secretaria

Anotado en el libro de Registro de Diplomas No. 03. Folio 562
Nota: No se requiere registro según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

Dado en Soacha - Cundinamarca el 1°. de Diciembre del año 2000

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su Nombre la

Corporación Técnica Empresarial para el Trabajo

Autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, Según Resolución No. 008945 del 10 de Diciembre de 2012, con Renovación de Registro de Programas, Según Acuerdo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social y Resolución No. 004499 del 18 de Julio de 2019. Expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca.

Confiere a:

Trompa Rico Ana Milena

Identificado(a) con C.C. o T.I. No. 52.877.101 Expedida en Bogotá D.C.

El Certificado de Técnico Laboral por Competencias en

Auxiliar en Enfermería

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes con una intensidad horaria de 1.800 horas.

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Dirección General

Leidy Andrea Camon
Coordinación General

Registro Interno

Folio No. 4180-202-4180-A02 del Libro de Registro No. 59

Dado en La Mesa (Cundinamarca) a los 12 días del mes de Diciembre de 20

Powered by CamScanner

Corporación Técnica Empresarial Para El Trabajo

NIT: 900790014-6

ACTA DE CERTIFICACION No.4180

En la Ciudad de la Mesa, Cundinamarca, a los Doce (12) días del mes de Diciembre del año 2021, se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del programa **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** con una intensidad horaria de **1800 horas**, las suscritas Directora y Secretaria en la dirección de la **CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO** "Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano", Autorizada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, Según Resolución No. 008945 del 10 de Diciembre de 2012, con Renovación de Registro de Programas, Según Acuerdo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No.070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social y Resolución No. 004489 del 18 de Julio de 2019, Expedida por la Secretaria de Educación de Cundinamarca.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes se procedió a otorgar el Certificado de Técnico Laboral por Competencias en:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Al alumno cuyos Nombres, Apellidos y Número de Identidad se relaciona a continuación:

Trompa Rico Ana Milena

D.I No. 52.877.101 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General No.**59**, Folio No. **4180-202-4180-A02** de fecha 12 de Diciembre de 2021, dada en La Mesa-Cundinamarca, a los 12 días del mes de Diciembre 2021.

Firmado y sellado

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
NIT.: 900.790.014-6

Directora General
MARTHA BIBIANA PERAZA CASTILLO
C.C.No.52.195.294 de Bogotá D.C.

Coordinadora General
LEIDY ANDREA CAÑON PERAZA
C.C.No.1.030.633.018 de Bogotá D.C.

Carrera 2IA No. 8-46 La Mesa-Cundinamarca * Tel.8975294 * Cel.:320 264 0686
Email: esc_estu_tec@yahoo.es * www.corporaciontecnica.edu.co * info@corporaciontecnica.edu.co

Powered by CamScanner

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT asignado a
SECRETARIA DE EDUCACION
Distrito asignado
SECRETARIA DE EDUCACION
Y cierre fiscal

[illegible]

CERTIFICA:

QUE: *Ana Milena Trompa Rico*

CC [illegible]01 de Bogota

ASISTIO Y APROBO EL CURSO DE

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGENTES QUÍMICOS

INTENSIDAD DE 20 HORAS

[illegible]

[illegible]

REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Ayuda de Estudios
Sociales y Policos
NIT 901364015-1
AJUDISP

NIT 901364015-1

Rafael Iván Gonzalez Figueroa
Presidente Ajudisp
CC 1018[illegible]30
Asociación Ajudisp

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 04 DIAS DEL MES DE MAYO
DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

Powered by CamScanner

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con enfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que estan facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con enfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 1857 de 2017 de julio 19 de 2017 por la cual se dictan normas para fortalecer la prevención de la violencia sexual como Requisito de la entidad con para el trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación de cada sede de cada uno del país

NIT 901164935-1
SECRETARIA DE SALUD
Bogotá-Colombia
SECRETARIA DE EDUCACION
Bogotá-Colombia

CERTIFICA:

QUE: *Ana Milena Trompa Rico*

C.C.52.877.101 De Bogotá DC

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

INTENSIDAD DE 20 HORAS

Asociacion Ajudisp

REPRESENTANTE LEGAL

Asociacion Avanzar de Estudios Sociales y Politicos
Nit. 901.164.935-1
AJUDISP

NIT. 901164935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.013.362.796

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 02 DIAS DEL MES DE MAYO DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

AJUDISP

NIT 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SECRETARIA DE EDUCACION

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos para el de economía solidaria con enfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que estan facultadas para dictar cursos basicos de economia solidaria y con enfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994 punto 41 decreto 4904 de diciembre 26 de 2009 como Requisito de la educacion para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educacion decreto 4904 de 2009 y 5500 del 2010

CERTIFICA:

QUE: Ana Milena Trompa Rico

C.C: 52.877.101 de Bogotá

ASISTIO Y APROBO EL CURSO DE

GESTION DE DUELO EN SERVICIO DE SALUD (GDS)

INTENSIDAD DE 20 HORAS

Asociacion Juvenil de Estudios Sociales y Politicos
Nit 901 364 935-1
AJUDISP

Rafael Ivan Gonzalez Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.342.780
Asociacion AJUDISP

REPRESENTANTE LEGAL

Asociacion AJUDISP
NIT. 901364935-1

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 03 DIAS DEL MES DE MAYO DEL 2019 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en todos los Países de economía solidaria con enfoque en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con enfoque en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994 punto 11 decreto 2888 de diciembre de 2006 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación distrital sede de Bogotá y otros del país

NIT 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
Bogotá, Colombia
SECRETARIA DE EDUCACION
Bogotá, Colombia

CERTIFICA:

QUE: *Ana Milena Trompa Rico*

C.C. 52857301 de Bogotá

ASISTIO Y APROBO EL CURSO DE

SOPORTE VITAL BASICO

INTENSIDAD DE 20 HORAS

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Policial
NIT 901364935-1
AJUDISP

Rafael Ivan Gonzalez Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1015362760
Asociacion AJUDISP

ANA MILENA TROMPA RICO
C.C. 52857301 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociacion AJUDISP
NIT. 901364935-1

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 03 DIAS DEL MES DE MAYO DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

Powered by CamScanner

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Milena Trompa Rico*

Asistió al curso Básico de

LABORATORIO CLINICO

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Bacterióloga

Dado EN BOGOTÁ A LOS 10 DIAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2025

CERT- 021-2025

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

C E R T I F I C A

Que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la **E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS de SOACHA,** cambio de razón social a apartir del primero (01) de julio de 2022 a **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA,** coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la institución, manteniendo la misma persona juridica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado.
Que una vez revisada la base de datos que se encuentra en la oficina de Contratacion, archivos de Gestión y archivo central de la institución, se constata que la señor (a), **ANA MILENA TROMPA RICO,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **52.877.101,** suscribió los siguientes contratos de prestación de servicios con La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA:**

N° CONTRATO	OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
802-2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROCESO DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL EN DESARROLLO DE LA RESOLUCION 1032 DE 2024 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL POR LA CUAL SE EFECTUA UNA ASIGNACION DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DE GASTO DE FUNCIONAMIENTO, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD A TRAVES DE LA CONFORMACION Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD	$12.000.000.00	16/07/2024 HASTA 19/12/2024

Se expide a solicitud de la interesada, a los Catorce (14) Dias del mes de enero de 2025.

DR. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
Sub Gerente Administrativo y financiero.

Proyecto: María Leticia Vanegas Garcia – Auxiliar Administrativo.
Reviso: Dr. Yaasmin Rafael Deluque Toro - Referente de Contratación y Apoyo Especializado a la Oficina

Powered by CamScanner

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
I-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: **ANA MILENA TROMPA RICO**

C.C : 52877101 DE BOGOTA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

MANEJO CLINICO DEL DENGUE

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

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

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 12 DIAS DEL MES DE MAYO DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Ana Milena Trompa

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: abril 10, 2025

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA