



| | | | | |
|---|---|---|---|------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | |  | |
| | "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES" | | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO: | NOMBRE | | AREA O PROCESO QUE LO GENERA |
| | FORMATO | LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y CONTRATACION - PERSONAL ASISTENCIAL | | GESTION DE TALENTO HUMANO |
| | CODIGO | VERSION | | FECHA ELABORACION |
| A-TI-F-004-02 | 2 | 02/01/2025 | | |

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE COMPLETO: Jennyfer Osorio D.I: _____

| CARPETA | NO. | DOCUMENTO | PERFIL | RESPONSABLE | VERIFICACION | |
|--|---|---|---|------------------------|--------------|----|
| | | | | | SI | NO |
| CONTRATACION | 1 | CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL | AUX. ENFERMERIA | HOSPITAL | | |
| | 2 | CDP | | HOSPITAL | | |
| | 3 | ESTUDIO PREVIO | | HOSPITAL | | |
| | 4 | INVITACION POSIBLE CONTRATISTA | | HOSPITAL | | |
| | 5 | PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS | | CONTRATISTA | | |
| | 6 | FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR | | HOSPITAL | | |
| | 7 | CERIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA | | HOSPITAL | | |
| HOJA DE VIDA | 1 | CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA | | HOSPITAL | | |
| | 2 | FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA | | CONTRATISTA | | |
| | 3 | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | CONTRATISTA | | |
| | 4 | FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS APLICATIVO LEY 2013 DE 2019 https://www.funcionpublica.gov.co/icsf/registro/registroDestinoLEY2013 | | CONTRATISTA | | |
| | 5 | FORMULARIO SARLAFT | | CONTRATISTA Y HOSPITAL | | |
| | 6 | CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (No mayor a un mes - persona juridica y natural con establecimiento) | | CONTRATISTA | | |
| | 7 | RUT ACTUALIZADO | | CONTRATISTA | | |
| FORMACION ACADEMICA | 8 | CERTIFICADO EXPERIENCIA (dos ultimos) | | CONTRATISTA | | |
| | 9 | TARJETA PROFESIONAL | | CONTRATISTA | | |
| | 10 | DIPLOMA POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO | | CONTRATISTA | | |
| | 11 | ACTA DE GRADO POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO | | CONTRATISTA | | |
| | 12 | DIPLOMA PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR | | CONTRATISTA | | |
| | 13 | ACTA DE GRADO PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR | | CONTRATISTA | | |
| | 14 | DIPLOMA DE BACHILLER | | CONTRATISTA | | |
| | 15 | ACTA DE GRADO DE BACHILLER | | CONTRATISTA | | |
| | 16 | FORMATO AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS | | HOSPITAL | | |
| | 17 | VALUACION DE TITULOS (RESPUESTA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA) | | HOSPITAL | | |
| | 18 | CONVALIDACION DE TITULOS EN EL EXTERIOR | | HOSPITAL | | |
| | 19 | RETHUS | | CONTRATISTA | | |
| OTROS TITULOS (RES 3100) | TODO EL TALENTO HUMANO EN SALUD | | | | | |
| | 1 | CERTIFICADO EN ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | | CONTRATISTA | | |
| | 2 | CURSO GESTION DEL DUELO | | CONTRATISTA | | |
| | 3 | CURSO DE AGENTES QUIMICOS | | CONTRATISTA | | |
| | 4 | CURSO DE HUMANIZACION | | CONTRATISTA | | |
| | TALENTO HUMANO - OTROS | | | | | |
| | 1 | AUX. ENFERMERIA | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO | CONTRATISTA | | |
| | 2 | | CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ESTERILIZACION | CONTRATISTA | | |
| | 3 | | MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO A FIN DE GENERAR PLANES DE CUIDADO | CONTRATISTA | | |
| | 4 | VACUNACION | CERTIFICADO APH (urgencias y hospitalización) | CONTRATISTA | | |
| | 5 | | CURSO PRIMEROS AUXILIOS Y BLS | CONTRATISTA | | |
| | 6 | | CERTIFICADO DE ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS | CONTRATISTA | | |
| | 7 | ENFERMERIA | CERTIFICADO COVID-19 (Prof en enfermería, Aux. enfermería) | CONTRATISTA | | |
| | 8 | | CURSO IAM - AIEPI (Consulta externa) | CONTRATISTA | | |
| | 9 | | CERTIFICACION TRIBUNAL ETICO DE ENFERMERIA | CONTRATISTA | | |
| 10 | CERTIFICADO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | | CONTRATISTA | | | |
| 11 | CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ESTERILIZACION | | CONTRATISTA | | | |
| 12 | CURSO DE IMPLANTES SUBDERMICOS | | CONTRATISTA | | | |
| 13 | CURSO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU | | CONTRATISTA | | | |
| 14 | PROFESIONAL ENFERMERIA | CURSO VIH | CONTRATISTA | | | |
| 15 | | SOPORTE VITAL BASICO Y/O AVANZADO | CONTRATISTA | | | |
| 16 | | MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO A FIN DE GENERAR PLANES DE CUIDADO | CONTRATISTA | | | |
| 17 | OTROS | TOMA DE CITOLOGIAS | CONTRATISTA | | | |
| 18 | | CURSOS DIPLOMADOS, (Otros estudios anexos a su formación académica) | CONTRATISTA | | | |
| ANTECEDENTES (Actuales) | 1 | CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA | | CONTRATISTA | | |
| | 2 | CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA | | CONTRATISTA | | |
| | 3 | CER. MEDIDAS CORRECTIVAS (Policia) | | CONTRATISTA | | |
| | 4 | CER. ANTECEDENTES JUDICIALES (Policia) | | CONTRATISTA | | |
| | 5 | CER. ANTECEDENTES DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL | | CONTRATISTA | | |
| | 6 | CER. REDAM (Registro de Deudores Alimentarios Morosos) | | CONTRATISTA | | |
| VACUNAS, POLIZAS AFILIACIONES, ENTRE OTROS | 1 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | | CONTRATISTA | | |
| | 2 | EXAMEN MEDICO PERIODICO (Terceizados cada 6 meses / personal OPS cada 2 años) | | CONTRATISTA | | |
| | 3 | CARNE DE VACUNA SARS-COV-2 | | CONTRATISTA | | |
| | 4 | CARNET DE VACUNACION (Hepatitis b, Torside tetánico, Influenza) | | CONTRATISTA | | |
| | 5 | CERTIFICADO AFILIACION A SALUD | | CONTRATISTA | | |
| CONTRATACION | 6 | CERTIFICADO AFILIACION A PENSION | | CONTRATISTA | | |
| | 7 | CERTIFICADO AFILIACION ARL | | CONTRATISTA | | |
| | 8 | CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 dias) | | HOSPITAL | | |
| | 9 | VERIFICACION INDUCCION - RENOVACION (EDMODO) | | CONTRATISTA | | |
| | 10 | CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE | | HOSPITAL | | |
| | 11 | MINUTA DE CONTRATO | | HOSPITAL | | |
| | 12 | REGISTRO PRESUPUESTAL | | HOSPITAL | | |
| | 13 | POLIZAS (Si aplica) | | HOSPITAL | | |
| 14 | ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica) | | HOSPITAL | | | |
| 15 | ACTA DE INICIO | | HOSPITAL | | | |
| 16 | SOPORTE PAGOS | | CONTRATISTA Y HOSPITAL | | | |
| 17 | ACTA DE LIQUIDACION | | HOSPITAL | | | |

VERIFICACION Y REGISTRO DE LA INFORMACION

Vb. Recibido Talento Humano: _____ Itas Correcciones en documentos: _____
 Zdas Correcciones en documentos: _____ Vb. Recibido Contratacion: _____
 Vb. Afiliacion ARL: _____

Fecha

Doctora

JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS

Gerente

E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes

Funza Cundinamarca

Ref.: Presentación propuesta de servicios de Apoyo a la gestión de la E.S.E.

Yo, Juniper Osorio, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1024509325 expedida en Bogotá, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO ESTUDIOS PREVIOS PARA LA CONTRATACIÓN DE UNA PERSONA AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE REALICE EL APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL A EFECTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN NO 1010 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD.

ACTIVIDADES A REALIZAR

| No | Nombre de la actividad | Periodicidad | Entregables (Medio de verificación) Producto |
|----|--|---|---|
| 1 | Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio | 1 vez - Al inicio de la operación en el microterritorio | Informe de mapeo, cartografía social abordaje en el microterritorio que incluya registro fotográfico y listas de asistencia |
| 2 | Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas | 1 vez - Al inicio de la operación en el microterritorio | Informe de abordaje en el microterritorio que incluya registro fotográfico y listas de asistencia |
| 3 | Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio | Según plan de trabajo y cronograma | Formulario de caracterización diligenciado |
| 4 | Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación | Según plan de trabajo y cronograma | Formularios de afiliación diligenciados Formulario de caracterización con a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa diligenciados Herramienta de seguimiento de resolución 3280 de 2018 indicada por MSPS |
| 5 | Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública | Según plan de trabajo y cronograma | Instrumento de canalización diligenciado |

| | | | |
|----|---|------------------------------------|--|
| 6 | Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno | Según plan de trabajo y cronograma | Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario e historia clínica |
| 7 | Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. | Según plan de trabajo y cronograma | Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario |
| 8 | Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. | Según plan de trabajo y cronograma | Instrumento de canalizaciones diligenciado |
| 9 | Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin | Según plan de trabajo y cronograma | Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS del MSPS |
| 10 | Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo | Según plan de trabajo y cronograma | Registros de participación, documentos Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS dispuesta por el MSPS |
| 11 | Realizar la Identificación de riesgos en salud Individual y familiar, de 800 familias; de acuerdo a los microterritorios urbanos y veredales priorizados, por medio del Sistema de Información de Atención Primaria en Salud del departamento. | Según plan de trabajo y cronograma | Registros de participación, documentos Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS dispuesta por el MSPS |
| 12 | Canalizar semanalmente el 100% de las personas y familias caracterizadas con riesgo alto y medio, a los médicos, psicólogos, enfermeras y profesionales complementarios de los Equipos Básico de Salud, de acuerdo al territorio asignado y lineamientos municipales. | Según plan de trabajo y cronograma | Registros de participación, documentos Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS dispuesta por el MSPS |
| 13 | Realizar seguimiento y acompañamiento presencial, a los individuos y familias identificados con riesgo alto en salud o condiciones de vulnerabilidad en la visita domiciliaria, verificando la disminución del riesgo previamente identificado y la efectividad del acceso a los servicios en salud, según cada caso. | Según plan de trabajo y cronograma | Registros de participación, documentos Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS dispuesta por el MSPS |
| 14 | Realizar la aplicación de la ficha de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Primera Infancia (AIEPI) comunitario a niños y niñas de primera infancia e infancia; informando de manera inmediata a la secretaria de salud los casos de maltrato infantil, desnutrición, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y niños trabajadores. | Según plan de trabajo y cronograma | Registros de participación, documentos Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS dispuesta por el MSPS |

VALOR MENSUAL: El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensuales es según lo ejecutado cada mes según el anexo técnico

TÉRMINO INICIAL DE EJECUCIÓN: Según el contrato interadministrativo MINISTERIO DE SALUD EQUIPOS BASICOS de 2025. hasta el día 31 de diciembre del 2025.

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista Independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaró que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCIÓN: Manifiesto que mi dirección de residencia es Kl 130 237 barrio SOACHA del municipio de CONDIMARCA, correo electrónico jenifer@gnel.com, mi número de celular es 328591346

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,

(Firma)

Nombre: Jennifer Osorio

C.C. No. 1024509328



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---------------------|------------------|
| PRIMER APELLIDO OSORIO | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) NIETO | | | NOMBRES JENNIFER | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No 1024509328 | | GÉNERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> | | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> | | PAÍS COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> | | NÚMERO | | D.M. | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | | |
| FECHA DIA 30 MES 09 AÑO 1990 | | CALLE 33 7 99 este bl 2 ca 1 san mateo | | | | |
| PAÍS COLOMBIA | | PAÍS COLOMBIA | | DEPTO CUNDINAMARCA | | |
| DEPTO BOGOTÁ, D.C. | | MUNICIPIO SOACHA | | | | |
| MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C. | | TELÉFONO 3028591346 | | EMAIL jenniferosubredcentroorienta@g | | |

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 | 2007 |
| | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO 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)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---------------------|--------------------|-----------------|----------|----|--|-------------|------|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| Fundación San Mateo | EDUCACIÓN INFORMAL | 1800 | X | | TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 06 | 2010 |

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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 7293922 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 09 | Año | 2022 | Día | 31 | Mes | 10 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD | | | DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 2 12 36 SUR | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PENALOZA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 7293922 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 15 | Mes | 07 | Año | 2022 | Día | 31 | Mes | 08 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD | | | DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 2 12 37 SUR | | | | | | |

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|----------------------------|---|----|----------------|-----|-----------------------------------|---|--|-----|--|------|--|-----|--|----|--|-----|--|----|--|-----|--|------|--|
| EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 7293922 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Día | | 07 | | Mes | | 01 | | Año | | 2022 | | Día | | 30 | | Mes | | 06 | | Año | | 2022 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ÁREA SALUD | | | | DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PÚBLICA | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 2 12 37 SUR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 7293922 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Día | | 12 | | Mes | | 11 | | Año | | 2021 | | Día | | 30 | | Mes | | 12 | | Año | | 2021 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | | DEPENDENCIA PIC | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 2 12 37 SUR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 7293922 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Día | | 05 | | Mes | | 10 | | Año | | 2021 | | Día | | 31 | | Mes | | 10 | | Año | | 2021 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | | DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PÚBLICA | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 2 12 37 SUR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 7293922 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Día | | 09 | | Mes | | 08 | | Año | | 2021 | | Día | | 28 | | Mes | | 08 | | Año | | 2021 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | | DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PÚBLICA | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 1 12 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 7293922 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Día | | 13 | | Mes | | 07 | | Año | | 2021 | | Día | | 29 | | Mes | | 07 | | Año | | 2021 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | | DEPENDENCIA PIC | | | | | DIRECCIÓN CALLE 12A 43 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------|----|---------|--|------------------------------|-----|--|------|-----|--|----|-----|--|----|-----|--|------|
| EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 7293922 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | | | |
| | | | Día | | 17 | Mes | | 03 | Año | | 2021 | Día | | 30 | Mes | | 06 | Año | | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PIC | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38 | | | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD E.S.E MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 7293922 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | | | |
| | | | Día | | 00 | Mes | | 10 | Año | | 2020 | Día | | 30 | Mes | | 12 | Año | | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PIC | | | | | DIRECCIÓN CRA 212 38 | | | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOSA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 7293922 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | | | |
| | | | Día | | 04 | Mes | | 09 | Año | | 2020 | Día | | 30 | Mes | | 09 | Año | | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PIC | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 1 12 38 | | | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 7203922 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | | | |
| | | | Día | | 02 | Mes | | 03 | Año | | 2020 | Día | | 30 | Mes | | 08 | Año | | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38 | | | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 4431790 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | | | |
| | | | Día | | 23 | Mes | | 06 | Año | | 2017 | Día | | 13 | Mes | | 06 | Año | | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD PUBLICA | | | | | DIRECCIÓN CALLE 66 15 41 | | | | | | | | | | | | |

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA


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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 7 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 3 | 4 |
| 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 10 oct 2015 

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 013000017770 PÁGINA WEB: www.funisterpublica.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.509.328

OSORIO NIETO

APELLIDOS

JENNIFER

NOMBRES

JENNIFER OSORIO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1990

SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

07-OCT-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00153618-F-1024509328-20090326

0010515989A 1

28658043

Tipo de declaración Fecha de publicación

| Nombres y apellidos completos | | | |
|-------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| JENNIFER | | OSORIO | NIETO |

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|-------------------------------------|------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | 12.400.000 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | 12.400.000 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|----------------|--------------------------|---|
| AHORROS | TERREROS SOACHA | 0 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|--------------|------|--------------|-----------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|----------|-------|
| | |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|------------------------------|--------|--------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|------|------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|----------------------------|---------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2. CONTINGENCIAS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| | | | |

Tipo documento Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|------------|-----------------|--------------------------------|------------------------|--|
| HIJA | HANNAH TRUJILLO | TI | 1011207308 | ESTUDIANTE |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí No

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

Sí No

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---------|-------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior:

Sí No

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|-------------------|-------|------|
| | | |
| | | |
| | | |

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

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

| Nombre entidad | Valor |
|----------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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

| | | | | |
|---|--|--|--------------------------|-------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES" | | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO | NOMBRE | | ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA |
| | FORMATO | FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM | | GESTIÓN DE CONTABILIDAD |
| | CÓDIGO | VERSIÓN | FECHA ELABORACION | PAGINA |
| | A-FIN-CON-F-001 | 1 | 09/03/2023 | 1 de 4 |

| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE | | | TIPO DE SOLICITUD |
|---------------------------|--|--|--|--|
| | Contratista <input type="checkbox"/> | Proveedor <input type="checkbox"/> | Personal Planta <input type="checkbox"/> | Vinculación <input type="checkbox"/> |
| | Prestador IPS <input type="checkbox"/> | Junta Directiva <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | Actualización <input type="checkbox"/> |

Departamento: _____ Ciudad: _____

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| Primer Apellido: <u>Osorio</u> | Segundo Apellido: <u>Uribe</u> | Nombres: <u>Jennifer</u> |
| Tipo De Documento <u>Cedula</u> | No. De Identificación <u>1024509328</u> | Fecha De Nacimiento <u>31/09/1990</u> |
| Lugar De Nacimiento <u>Sofacha</u> | Fecha De Expedición <u>2/11/2008</u> | Lugar De Expedición <u>BOGOTÁ.</u> |
| Dirección: <u>Nr 1 30 237</u> | Ciudad <u>SAN MARCO</u> | Departamento <u>SOACHA - CUNAMARCA</u> |
| Teléfono <u>3028591346</u> | Celular <u>3028591346</u> | Profesión/Ocupación <u>Auxiliar enfermería.</u> |

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tiene reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

PERSONA JURÍDICA

| | | |
|---------------|------|---------------------|
| Razón social: | Nit: | Correo electrónico: |
|---------------|------|---------------------|

Tipo de contribuyente: Régimen simplificado Régimen común Grandes contribuyentes Otra
 ¿Cual? _____

Tipo de Empresa: Privada Publica Mixta Sin ánimo de lucro

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

| | | | | |
|---|--|--|--------------------------|-------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES" | | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO | NOMBRE | | ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA |
| | FORMATO | FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM | | GESTIÓN DE CONTABILIDAD |
| | CÓDIGO | VERSIÓN | FECHA ELABORACION | PAGINA |
| A-FIN-CON-F-001 | 1 | 09/03/2023 | 2 de 4 | |

| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------------|----------------|----------------|-----------|--------|
| Salud ____ | Farmacéutico ____ | Industrial ____ | Servicios ____ | Comercial ____ | Otro ____ | ¿Cuál? |
| Descripción de la actividad económica: | | | | | | |
| Dirección Oficina Principal | Teléfono Oficina Principal | Celular oficina principal | | | | |
| Departamento oficina principal | Correo oficina principal | Ciudad oficina principal | | | | |
| Dirección sucursal o agencia | Teléfono Sucursal O Agencia | Celular sucursal o agencia | | | | |
| Departamento Sucursal O Agencia | Correo Sucursal O Agencia | Ciudad Sucursal O Agencia | | | | |
| REPRESENTANTE LEGAL | | | | | | |
| Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Nombres: | | | | |
| Tipo De Documento | No. De Identificación | Fecha De Nacimiento | | | | |
| Lugar De Nacimiento | Fecha De Expedición | Lugar De Expedición | | | | |
| Dirección: | Ciudad | Departamento | | | | |
| Teléfono | Celular | Profesión/Ocupación | | | | |
| RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS | | | | | | |
| ¿Administra recursos públicos? ____ ¿Tienen reconocimiento público? ____ ¿Tiene grado de poder público? ____ ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? ____ | | | | | | |

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

| | | | | |
|---|--|--|--------------------------|-------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES" | | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO | NOMBRE | | ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA |
| | FORMATO | FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM | | GESTIÓN DE CONTABILIDAD |
| | CÓDIGO | VERSIÓN | FECHA ELABORACION | PÁGINA |
| A-FIN-CON-F-001 | 1 | 09/03/2023 | 3 de 4 | |

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación.
(Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

| | | |
|------------------------------------|-------------------|------------------|
| Razón Social O Nombres Y Apellidos | Tipo De Documento | No. De Documento |
| Porcentaje De Participación | Dirección | Teléfono |

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

| | | |
|---------------------|-------------------|------------------|
| Nombres Y Apellidos | Tipo De Documento | No. De Documento |
| Correo | Dirección | Teléfono |

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

| | | |
|---------------------|-------------------|------------------|
| Nombres Y Apellidos | Tipo De Documento | No. De Documento |
| Correo | Dirección | Teléfono |

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | |
|-----------------------|----------------------|---------------------|
| Total Activos \$ | Total Pasivos \$ | Total Patrimonio \$ |
| Ingresos Mensuales \$ | Egresos Mensuales \$ | Otros Ingresos \$ |

Corte De Información Financiera

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

| | | | | |
|---|--|---|--------------------------|-------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES" | | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO | NOMBRE | | ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA |
| | FORMATO | FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM | | GESTIÓN DE CONTABILIDAD |
| | CÓDIGO | VERSIÓN | FECHA ELABORACION | PAGINA |
| | A-FIN-CON-F-001 | 1 | 09/03/2023 | 4 de 4 |

| 3. OPERACIONES INTERNACIONALES | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| Realiza negocios en moneda extranjera | Tipo de transacciones |
| | ¿Cuál? |

| PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA | | | | | | |
|--|-----------------|---------|-------|--------|------|--------|
| Tipo De Producto | No. De Producto | Entidad | Monto | Ciudad | País | Moneda |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes:
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o cualquier norma que adicione o modifique.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla en cada proceso contractual o anualmente
- De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario
- Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a la proliferación de armas de destrucción masiva.
- Eximimos a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Fotocopia de documento de identidad personal natural o persona jurídica
- Fotocopia de documento de identidad personal del representante legal
- Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

6. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:



FIRMA



Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14754503024



(415)7707212489984(8020) 000001475450302 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 2 4 5 0 9 3 2 8 6.DV 5 12. Dirección seccional Impuestos Bogotá 4. Buzón electrónico 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 2 4 5 0 9 3 2 8 27. Fecha expedición: 2 0 0 8 1 0 0 7
28. País: COLOMBIA 29. Departamento: Bogotá D.C. 30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido: OSORIO 32. Segundo apellido: NIETO 33. Primer nombre: JENNIFER 34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 33 7 99 ESTE
42. Correo electrónico: jennifer.subredcentroonente@gmail.com

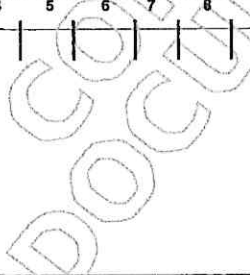
43. Código postal: 44. Teléfono 1: 3 0 2 8 5 9 1 3 4 6 45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica
Actividad principal: 46. Código: 8 6 9 2 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 8 0 2 0 2
Actividad secundaria: 48. Código: 8 2 9 9 49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 8 0 2 0 2
Otras actividades: 50. Código: 1 2
Ocupación: 51. Código: 52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9 49-No responsable de IVA



DOCU
M
E
N
T
O
O
R
I
G
I
N
A
L

Obligados aduaneros

Exportadores

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 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2025-08-10/ 09:10:17

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.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

904. Nombre: OSORIO NIETO JENNIFER
905. Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN

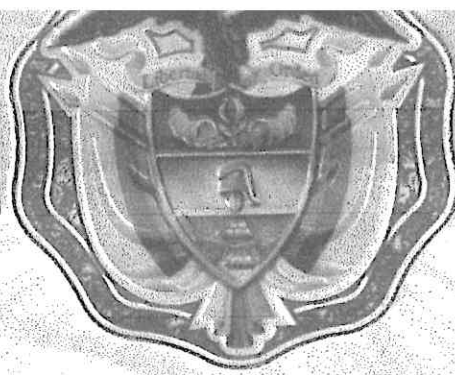
JENNIFER

OSORIO NIETO

C.C. 1024509328

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Expedición 18/04/2012



MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
BOGOTÁ - D.C. 100000
006253

La República de Colombia
y en su nombre

Fundación San Mateo

Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Soacha - Cundinamarca

Aprobación Oficial Autorizada Mediante Acuerdo No. 48 del Ministerio de Salud de febrero 12 de 2002 y Resolución No. 006253 de diciembre 9 de 2002 expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca.

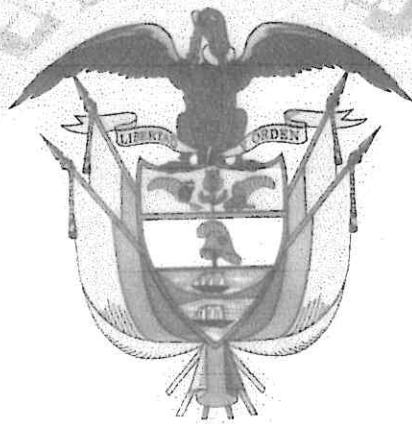
Comprobado el Cumplimiento de los Requisitos Legales y Académicos Pertinentes, Así como la Culminación Satisfactoria de los Estudios Curriculares con una intensidad de mil ochocientas (1800) horas se confiere el certificado a:

Jennifer Osorio Nieto
C.C. 1.024.509.328 De Bogotá

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Técnico en

Auxiliar de Enfermería

en Soacha, Cundinamarca, a los Veintiséis (26) días del mes de Junio del año 2010 anotado en el Folio 14 del libro No. 1 de Registro de Graduaciones de la Fundación San Mateo.



La República de Colombia

y en su nombre

El Instituto Psicopedagógico
Juan Pablo II

Aprobado por la secretaría de Educación de Cundinamarca
según resolución No. 01346 de Septiembre 19 de 2000

Confiere a:

Osorio Nieto Jennifer

C.I. 90093054333 de Soacha

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994); Decreto 1860,
Resolución 2343 y según los planes y programas vigentes

Anotado en el Libro de Diplomas No. 2 Folio 5

INSTITUTO PSICOPEDAGÓGICO

Paula C. Hueso

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO PSICOPEDAGÓGICO JUAN PABLO II Soacha (Cundinamarca)

inscripción S.E.S. Libro 2 Folio 51

Inscripción Dane: 325754903410

En la ciudad de Soacha (Cundinamarca), a los 01 días del mes de Diciembre de 2007 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rectora y Secretaria en la rectoría del **INSTITUTO PSICOPEDAGÓGICO JUAN PABLO II**, Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO**, según Resolución No. 01346 de Septiembre 19 de 2000.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.


Osorio Nieto Jennifer

Identificado(a) con C.J. 900930-54333 de Soacha

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 07 del libro 2 del 01 de Diciembre de 2007 que consta de 87 alumnos graduandos, comienza con el nombre de **Richard Enrique Acevedo Carranza** y se cierra con el nombre de **Yesica Lidiana Virguez Reyes** - Firmada por **Myrian Fabiola Villamil Castro** Rectora y **Luisa Emilia Castellanos Moya** Secretaria.

Dada en Soacha (Cundinamarca), a los 01 días del mes de Diciembre del año 2007.

No requiere registro de la Secretaría de Educación; según decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.


Myrian Fabiola Villamil Castro
C.C. 23.495.871 de Chiquinquirá
Rectora


Luisa Emilia Castellanos Moya
C.C. 23.500.067 de San Miguel de Sema
Secretaria




LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **JENNIFER OSORIO NIETO**, quien se identifica con cedula de ciudadanía No. **1024509328** ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2022, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

| | |
|------------------------------|--|
| CONTRATO No. | No. 826-2022 |
| OBJETO: | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 4171 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA. |
| VALOR DEL CONTRATO: | DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE.. (\$2.178.000.00) |
| PLAZO DE EJECUCION: | 19 DIAS |
| FECHA DE INICIO: | 12 DE DICIEMBRE DE 2022 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 30 DE DICIEMBRE DE 2022 |
| ESTADO: | EJECUTADO |

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los tres (03) días del mes de enero de 2023.



DADELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Cenaida Martínez González - Apoyo Administrativo OPS *ay*
Revisó: Nicolas Andres Mendoza Chavarro - Abogado Contratista *M*



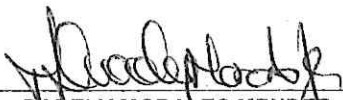
LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA, se encontró que JENNIFER OSORIO NIETO quien se identifica con cedula de ciudadanía No.1024509328 ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2022, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

| | |
|-----------------------------|--|
| CONTRATO No. | No. 361-2022 |
| OBJETO: | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 2240 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA. |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE. (\$4,356,000.00) |
| PLAZO INICIAL DE EJECUCION: | 47 DIAS |
| FECHA DE INICIO: | QUINCE (15) DE JULIO DE 2022 |
| FECHA DE TERMINACION: | TREINTA Y UNO DE AGOSTO DE 2022 |
| ESTADO: | EJECUTADO |

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca el primer (01) día del mes de diciembre de 2022.



DADELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Ceniaida Martínez González – Apoyo Administrativo OPS *cmg*
Revisó: Nicolás Andrés Mendoza Chavarro – Abogado Contratista *M*



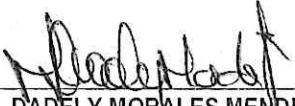
LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA



Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **JENNIFER OSORIO NIETO** quien se identifica con cedula de ciudadanía **No.1024509328** ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2022, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

| | |
|------------------------------------|--|
| CONTRATO No. | No. 119-2022 |
| OBJETO: | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 3416 DE 2021 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA. |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | ONCE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE. (\$11,880,000.00) |
| PLAZO INICIAL DE EJECUCION: | 174 DIAS |
| FECHA DE INICIO: | SIETE (07) DE ENERO DE 2022 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | TREINTA (30) DE JUNIO DE 2022 |
| ESTADO: | EJECUTADO |

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca el primer (01) día del mes de diciembre de 2022.



DADELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Ceniaida Martínez González – Apoyo Administrativo OPS 
Revisó: Nicolás Andrés Mendoza Chavarro – Abogado Contratista 




LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA, se encontró que JENNIFER OSORIO NIETO, quien se identifica con cedula de ciudadanía No.1024509328, ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2022, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

| | |
|-----------------------|--|
| CONTRATO No. | No. 361-2022 |
| OBJETO: | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 2240 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA. |
| VALOR DEL CONTRATO: | CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS (\$4,356,000.00) |
| PLAZO DE EJECUCION: | 47 DIAS |
| FECHA DE INICIO: | 15 DE JULIO DE 2022 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 31 DE AGOSTO DE 2022 |
| ESTADO: | EN EJECUCION |

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los veintidós (22) días del mes de agosto de 2022.


DADÉLLY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Cenaida Martínez González – Apoyo Administrativo *cmg.*

empresadesalud@esesoacha.gov.co www.esesoacha.gov.co PBX: 7293922



LA SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CESAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA, se encontró que JENNIFER OSORIO NIETO, quien se identifica con cedula de ciudadanía No. 1.024.509.328, suscribió con la entidad durante la vigencia 2021, el siguiente contrato de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes:

| | |
|---------------------------|--|
| CONTRATO No. | No. 653 – 2021 |
| OBJETO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE ACUERDO CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 950 DE 2021, SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA – SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA |
| VALOR FINAL DEL CONTRATO: | UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE. (\$1.980.000,00) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | HASTA 28 DE AGOSTO DE 2021 |
| FECHA DE INICIO: | 9 DE AGOSTO DE 2021 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 28 DE AGOSTO DE 2021 |
| ESTADO: | EJECUTADO |

Se expide en Soacha (Cundinamarca) a quince (15) días del mes de septiembre de 2021.

IVONNE MARITZA RIVERA LÓPEZ
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Nhora Marcela Mendoza Sánchez- Abogada- Oficina Jurídica





E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

| | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| FECHA DE TERMINACIÓN: | VEINTINUEVE (29) DE JULIO DE 2021 |
| FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA: | TREINTA (30) DE JUNIO DE 2021 |
| ESTADO: | TERMINADO |

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los veinticinco (25) días del mes de agosto de 2021.

ANGÉLICA CASTAÑO CASTILLO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOÁCHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Y. Cathrine Ditta Morató- Abogada Contratista 
Revisó: Ángela Rodríguez Urrego - Abogada- Oficina Jurídica 



E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CESAR PEÑALOZA -NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA, se encontró que JENNIFER OSORIO NIETO identificada con cedula de ciudadanía No. 1.024.509.328 de Bogotá D.C, ha suscrito con la entidad el siguiente contrato de prestación de servicios en su condición de contratista en el desarrollo de actividades contractuales y dentro del marco legal previsto por la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

➤ CONTRATOS SUSCRITOS EN EL AÑO 2021

| | |
|-----------------------|--|
| CONTRATO No. | No 475- 2021 |
| OBJETO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE ACUERDO CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 950 DE 2021,SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA. |
| VALOR DEL CONTRATO: | UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.980.000) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | DIECISIETE (17) DÍAS |
| FECHA DE INICIO: | TRECE (13) DE JULIO DE 2021 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | VEINTINUEVE (29) DE JULIO DE 2021 |
| ESTADO: | TERMINADO |

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los veinticinco días del mes de agosto de 2021.

ANGÉLICA CASTAÑO CASTILLO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Y. Cathrine Ditta Morato- Abogada Contratista
Revisó: Ángela Rodríguez Urrego – Abogada- Oficina Jurídica



E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

| | |
|----------------------------------|--|
| | DE SOACHA - SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA. |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTIDOS (\$3,156,522) |
| FECHA DE INICIO: | NUEVE (09) DE AGOSTO DE 2021 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | VEINTIOCHO (28) DE AGOSTO DE 2021 |
| ESTADO: | TERMINADO |

4.

| | |
|----------------------------------|---|
| CONTRATO No. | No. 790-2021 |
| OBJETO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 2969 DE 2021 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA - SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA. |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$6.000.000) |
| FECHA DE INICIO: | NUEVE (09) DE SEPTIEMBRE DE 2021 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | TREINTA Y UNO (31) DE OCTUBRE DE 2021 |
| ESTADO: | TERMINADO |

5.

| | |
|----------------------------------|--|
| CONTRATO No. | No. 992-2021 |
| OBJETO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE ACUERDO CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 3416 DE 2021, SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$4.950.000) |

CONSECUTIVO No. 3158

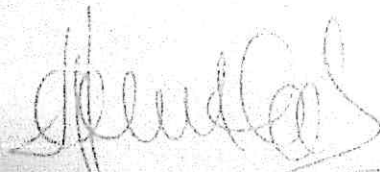
EL SUSCRITO DIRECTOR DE CONTRATACION DE LA SUBRED
INTEGRADA
DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 de abril 06 de 2016 se reorganizó el Sector Salud en el Distrito Capital, el cual consagra en su Artículo 5 la subrogación en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas; revisados los archivos de la Oficina de Contratación de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. se encontró que el (la) señor(a) de **OSORIO NIETO JENNIFER**, como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, identificado (a) con C.C. Núm. **1.024.509.328**, tiene con la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. varias órdenes de Prestación de Servicios. Sin que exista solución de continuidad en su ejecución, desarrollando las obligaciones pactadas con autonomía técnica, Administrativa y sin subordinación laboral alguna 23 de junio del 2017 teniendo un contrato vigente CPS 3492 del 2019

Su cps, tiene un valor mensual de un millón quinientos noventa y siete mil pesos (\$1.597.000)

La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. el 13 de Junio de 2019.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que trata los Artículos 285 y S.S. del Código Penal Colombiano)



Lidia Hemilet Cata Celis
Directora de contratación

Catal Peres Vialba

Resultado General - 2025-10-08 - 5:58:42 PM

| | | | | | | |
|----|------------|----------|--------|-------|---------|---------------------|
| CC | 102-509328 | JENNIFER | OSORIO | NIETO | Vigente | Ver |
|----|------------|----------|--------|-------|---------|---------------------|

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2176 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) **JENNIFER OSORIO NIETO** identificado(a) con CC 1024501328 registra La siguiente información:

2025-10-08 - 5:58:42 PM

Información Académica

| | | | | | |
|-----|-------|------------------------|------------|-----|---|
| AUX | Local | Auxiliar de enfermería | 2012-01-30 | 680 | DTS- SECRETARIA DE SALUD DE CUINDINAMARCA |
|-----|-------|------------------------|------------|-----|---|

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 (REIHUS).

RESOLUCION No. 25-0680 DE 2012

30 DE ENERO DE 2012

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional".

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS (E)

En uso de la facultad legales conferidas por las Resoluciones No.8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1875 de 1994 modificado por Decreto 1352 de 2000, emanadas del Ministerio de Salud, y Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaria Departamental de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que **JENNIFER OSORIO NIETO**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No.1.024.509.328 DE BOGOTA D.C., solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, según **CERTIFICADO** que le otorgó **LA FUNDACION SAN MATEO DE SOACHA-CUNDINAMARCA** según **ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 288** de fecha **22 DE JUNIO DE 2010**.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2º. De la Resolución 08211 de 1989.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, conferido a **JENNIFER OSORIO NIETO**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No.1.024.509.328 DE BOGOTA D.C., según **CERTIFICADO** que le otorgó **LA FUNDACION SAN MATEO DE SOACHA-CUNDINAMARCA** según **ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 288** de fecha **22 DE JUNIO DE 2010**.

PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional y tiene efectos de Inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a **30 DE ENERO DE 2012**

ADRIANA CAROLINA SERRANO TRUJILLO
Directora de Desarrollo de Servicios (E)

349

Proyectó: M.P.U.
30/01/2012

Bogotá D.C. 30/1/3-2012
A la fecha notifiqué personalmente al
Señor(a) Jennifer Osorio Nieto
CC No. 1024 509328 Bogota D.C.
Firma Jennifer Osorio Nieto



CERTIFICA QUE:
JENNIFER OSORIO NIETO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO:

CC 1.024.509.328

ASISTIÓ AL CURSO:

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
SEXUAL**

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Según de lectura de 10 de Abril de 2024, Art 111 de Abril de 2024, Taller virtual los días 12 y 13 del mes de Abril de 2024, Taller práctico 14 de Abril de 2024, Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art 42-90, Decreto 2188 del 31 de julio de 2007 en su página 1 Art 38, Y la Resolución 2013 del 28 de mayo de 2014 Ley 1375 de 2015, capacitación teórico-práctica acorde a los estándares nacionales en educación continua e informal.
Lo anterior se firma en Bogotá D.C. el día 15 del mes de Abril del 2024.

Con una validez de 2 años



Edison Osorio
Directora General



Carolina Arredondo Araya
Subdirectora

Healthtraininggroupviva@gmail.com
WhatsApp: 3206652534 - Cel: 3144355975
NIT: 901160737-3



JENNIFER OSORIO NIETO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO

CC 1.024.509.328

ASISTIÓ AL CURSO

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE
ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS**

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Guías de lectura, de 10 de abril de 2024 al 11 de abril de 2024. Taller virtual los días 12 y 13 del mes de abril de 2024. Taller práctico 14 de abril de 2024, curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su artículo 9 Art 38, y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015, capacitación técnica acorde a los estándares nacionales en educación continua e informal. Lo anterior se firma en Bogotá D.C, el día 15 de febrero de abril del 2024.

Con una validez de 2 años

Jennifer Osorio Nieto
Directora General

Carolina Martínez
Subdirectora

HealthTrainingGroup2018@gmail.com
WhatsApp 3206052534 Cel: 3144355976
NIT: 901160737-3



**CERTIFICA QUE:
JENNIFER OSORIO NIETO**

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO

CC 1.024.509.328

ASISTIÓ AL CURSO.

**HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE LA
SALUD**

CON UNA INTENSIDAD DE 48 HORAS

Guías de lectura, de 10 de Abril de 2024 al 11 de Abril de 2024. Taller virtual los días 12 y 13 del mes de Abril de 2024. Taller práctico 14 de Abril de 2024. Curso que sigue los lineamientos establecidos por la Ley 115 de 1994, Art 42, 90, decreto 2888 del 31 de Julio de 2007 en su página 9 Art 38, y la Resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014 Ley 1075 de 2015, capacitación teórico-práctica acorde a los estándares nacionales en educación continua e informal. Lo anterior se firma en Bogotá D.C, el día 15 del mes de Abril del 2024.

Con un valor de 2. EROS

Edison Ospina
Director General

Carolina Ospina
Subdirectora

Health Training Group S.A.S.
WhatsApp: 3206052534. Cel: 3164355976
NIT: 901160737-3



CERTIFICA QUE:
JENNIFER OSORIO NIETO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO

CC 1.024.509.328

ASISTIÓ AL CURSO

SOPORTE VITAL BÁSICO

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Guías de lectura, del 10 de Abril de 2024 al 11 de Abril de 2024; Taller virtual los días 12 y 13 del mes de Abril de 2024; Taller práctico: 14 de Abril de 2024. Curso que sigue los lineamientos establecidos por la Ley 115 de 1994, Art 42, 90; Decreto 2888 del 31 de Julio de 2007 en su página 9 Art 38; Y la Resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014 Ley 1075 de 2015; capacitación teórico-práctica acorde a los estándares nacionales en educación continua e informal. Lo anterior se firma en Bogotá D.C. el día 15 del mes de Abril del 2024.

Con una validez de 2 años

Edison Osorio
Director General

Cary M. Anderson
Subdirectora

Healthtrainingroup2018@gmail.com
WhatsApp 3206052534-Cel: 3144355976
NIT: 901160737-3



CERTIFICA QUE
JENNIFER OSORIO NIETO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NUMERO

CC 1.024.509.328

ASISTIÓ AL CURSO

MANEJO DE DUELO

CON UNA INTENSIDAD DE 48 HORAS

Guía de lectura, del 10 de abril de 2024 al 11 de abril de 2024. Taller virtual los días 12 y 13 del mes de abril de 2024. Taller práctico 14 de abril de 2024. Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art 12, 93, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 3075 de 2015, capacitación técnico-práctica acorde a los estándares nacionales en educación continua e internet.

En atención a firma en Bogotá D.C. el día 15 del mes de Abril del 2024

Con una validez de 2 años


Edith Osorio
Directora General


Carolina Hernández
Subdirectora

Healthtraininggroup2018@gmail.com
WhatsApp 3006052534 - Cel: 3144559976
NIT: 901160737-3

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|-----------|-------|----------|------------|-----------|---|------------------|----------------------|
| COVID-19 | 1 | 20-04-21 | Sinovac | 102010301 | VACUNACION COVID 19 E.S.E. Municipal de Siocha Municipio Julio César Peñafoza | | |
| | 2 | 01-12-21 | Sinovac | 102010301 | VACUNACION COVID 19 E.S.E. Municipal de Siocha Municipio Julio César Peñafoza | | |
| | | 20-01-22 | Sinovac | 02210314 | VACUNACION COVID 19 E.S.E. Municipal de Siocha Municipio Julio César Peñafoza | | |

MiVacuna
Covid-19

La salud es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación

Nombres: **Jennifer Osorio Nieto**

Apellidos:

Documento de identidad:

C.C. T.I. Pasaporte FEP otro cual:

No. **1024507328**

Fecha de nacimiento: Día **30** Mes **09** Año **1990**

Fecha de nacimiento:

Día

Mes

Año

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 202137246



PIB
18:24:11
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de octubre 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) JENNIFER OSORIO NIETO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024509328:

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 013000910315

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

www.procuraduria.gov.co



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 miércoles 08 de octubre de 2025, a las 18:27:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1024509328 |
| Código de Verificación | 1024509328251008182753 |

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 06:29:03 PM horas del 08/10/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1024509328

Apellidos y Nombres: OSORIO NIETO JENNIFER

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/10/2025 06:30:15 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1024509328** y Nombre: **JENNIFER OSORIO NIETO**.

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. **124658269** . 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

515 0000

**Dios y
Patria**

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

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA** GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:54:15 horas del 08/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1024509328,
Apellidos y Nombres OSORIO NIETO JENNIFER

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES FUNZA , con NIT 900.750.333 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



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

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1024509328 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 08/10/2025 08:17 PM



Código Verificación: **WRQDJGNX72**

Válida hasta: **04/11/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202414461

Se certifica que al señor(a): **JENNIFER OSORIO NIETO**
Identificado(a) con documento: **CC 1024509328**
Se le practicaron los exámenes: **AUDIOMETRIA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
OPTOMETRIA -VISIOMETRIA
RX COLUMNNA LUMBROSACRA**
Tipo de examen: **PREOCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR**
Empresa: **PARTICULAR**
Cargo: **ENFERMERIA**
Fecha: **28/09/2024**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO SIN RESTRICCIÓN**

Restricciones:
NINGUNA.

Recomendaciones laborales:
ATENDER EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO DE LA EMPRESA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL.

Recomendaciones generales:
ESTILO DE VIDA SALUDABLE, LAVADO FRECUENTE DE MANOS, GIMNASIA AEROBICA DIARIA. DIETA BAJA EN CALORIAS EN TODAS LAS RACIONES.

Dr. Julio E. Silva Rodríguez
Salud Ocupacional 25120052015
R.M. 8791
C.C. 19.281.428

DR. JULIO ESCIPION SILVA RODRIGUEZ
MEDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA: 2305 DE 2015

JENNIFER OSORIO NIETO
CC 1024509328

Certifico, que los datos aportados por mí en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

Este carnet es válido en Colombia
 para el pago de la cuota a zona de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o
 Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
 República de Colombia

MINSALUD

Nombre y Apellido

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre:

JENNIFER

Apellidos:

OSORIO

Documento
de Identidad:

CC TI PASA MONTE No. 1024509328

Fecha de
Nacimiento:

Días: 30 Mes: 09 Año: 1996

**CARNET DE
 VACUNACIÓN**



| | |
|----------------------|-----------------|
| Nombre | Jennifer Osorio |
| Dirección | |
| Teléfono | |
| H.C. | |
| Ciudad Vacunadora | |

OSORIO JENNIFER
 Calle 608 71-14
 Cor. 5100-110011001001
 NIT: 900171014-1

BIOTOSCANA S.A.
 Calle 100 No. 100-100

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|--|-------|----------|----------------------|----------|
| Sarampion Rubeola | Unica | 15/03/17 | 097367 | LOZ |
| Toxoide Tetánico Difterico Td | 1 | 07-04-17 | 110 | CAJUNIA |
| | 2 | 13-04-17 | 2010 024 | 080202 |
| | 3 | 13-04-17 | 1011 | CAJUNIA |
| | 4 | 15/05/17 | 01202 | HUJ |
| | 5 | 18/05/17 | 12019 | SUNOVATE |
| Contra Hepatitis B | 1 | 26-06-17 | 2016 | |
| | 2 | 14-07-17 | 16266 | HUJ |
| | 3 | 26/07/17 | 05502000 | HUJ |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validar | Firma |
|------------------------------|----------|----------------------|---------|--------------|
| Contra Fiebre Amarilla | 15/07/17 | 01012012 | | HUJ |
| Contra Influenza | 07/07/18 | A83701 | | HUJ |
| Otras | 06/07/16 | L-38201117 | | Comite Legal |
| | 06/07/18 | 0877002 | | Red Norte |
| | 06/07/18 | 1801191 | | Red Norte |
| | 04/06/17 | 0550201 | | Red Norte |

| HEPATITIS B | DOSIS | FECHA | LOTE | FIRMA |
|-------------|-------|----------|----------|-------|
| 1 | 1 | 26/06/17 | 2016 | HUJ |
| 2 | 2 | 14/07/17 | 16266 | HUJ |
| 3 | 3 | 26/07/17 | 05502000 | HUJ |

| HEPATITIS A | DOSIS | FECHA | LOTE | FIRMA |
|-------------|-------|----------|----------|-------|
| 1 | 1 | 15/07/17 | 01012012 | HUJ |

| INFLUENZA | DOSIS | FECHA | LOTE | FIRMA |
|-----------|-------|----------|--------|-------|
| 1 | 1 | 07/07/18 | A83701 | HUJ |

| OTRAS | DOSIS | FECHA | LOTE | FIRMA |
|-------|-------|----------|------------|--------------|
| 1 | 1 | 06/07/16 | L-38201117 | Comite Legal |



CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

| | |
|---|-------------------|
| Datos del COTIZANTE- INDEPENDIENTE | |
| CC- 1024509328 JENNIFER OSORIO NIETO | |
| Estado Cotizante: | Vigente |
| Causal: | |
| Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: | 156 |
| Fecha Afiliación: | 01/12/2011 |
| Fecha Último Período Cotizado: | |
| Fecha Cancelación: | |

La presente certificación se expide el día 08 de OCTUBRE de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.**



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JENNIFER OSORIO NIETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.509.328**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Octubre 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.



CERTIFICADO

**MEDELLIN,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quien interese**

08/10/2025

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **JENNIFER OSORIO NIETO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1024509328**

Posee en el banco Davivienda:


CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550488435550774**

Fecha de apertura **14/11/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|----------------------|------------------------------|--|
|  | E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA | | | |  |
| | Tipo de Documento | Área o Proceso que lo Genera: | | AREA O PROCESO QUE LO GENERA | |
| | FORMATO | CERTIFICADO DE IDONEIDAD | | GESTION DEL TALENTO HUMANO | |
| | CODIGO | VERSION | FECHA DE ELABORACION | PAGINA | |
| | A - TH - F - 015 | 2 | 12/0/2025 | 1 DE 1 | |

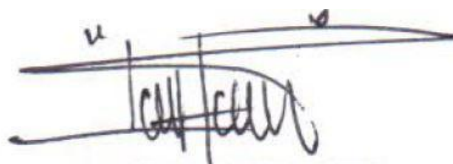
**LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"**

NIT. 900.750.333 – 1

CERTIFICA

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **JENNIFER OSORIO NIETO** identificado (a) con cedula de ciudadanía **No 1.024.509.328** se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra idoneidad y experiencia relacionada. Para constancia de los anterior se firma a los diez (10) días del mes de octubre del año dos mil veinticinco (2025).



LAURA LILIANA HERRERA MENDIVELSO
Líder Talento Humano

Elaboró y Proyectó: Laura L. Herrera M. / Líder Talento Humano
Revisó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo Y Financiero
Aprobó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo Y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos aprobamos, declaramos que le presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de Gerencia de la E.S.E

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera copia.

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: [http:// www.hospitalfunza.gov.co/](http://www.hospitalfunza.gov.co/)