	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	**Código:**	**DE-DEAJU-FR-009**
	FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS	**Versión N°:**	**05**
		Vigencia:	**12-12-2024**

ACTA DE INICIO SERVICIOS	**FECHA 20/11/2025**	**HORA: 09:00**
CONTRATO N°	No.001-00-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM1882-2025.	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	14/11/2025	
OBJETO DEL CONTRATO	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN PERSONAL PARA EL PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (MATIS) PARA LOS USUAROS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 1882 CAMAN- ESUFA. (ENFERMERA JEFE).	
VALOR DEL CONTRATO	TREINTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL, CIENTO VEINTI OCHO PESOS ($35.482.128,00)	
LUGAR DE EJECUCIÓN:	ESM 1882 CAMAN/ESUFA (CARRERA 5 # 2 – 91 SUR), RECORRIDOS DE TRASLADOS EN AMBULANCIA.	
CONTRATISTA	**INGRID MAYORGA VALDERRAMA** CON C.C. 1.073.158.454 DE MADRID CUNDINAMARCA	
INTERVENTOR	NO APLICA	
SUPERVISOR (PRINCIPAL O SUPLENTE)	SUPERVISOR PRINCIPAL: CAPITAN SANCLEMENTE BALANTA DAMIAN SUPERVISOR SUPLENTE: CAPITAN SEGRERA ARAGON IVONNE ALEXANDRA	
FORMA DE PAGO	LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO PAGARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DEL CONTRATO LA SUMA TOTAL DE SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CATORCE MIL OCHOCIENTOS CAURENTA Y OCHO PESOS ($6.414.848,00) ASÍ:	
PLAZO DE EJECUCIÓN	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2025.	
GARANTIA CONTRACTUAL	**PÓLIZA DE SEGUROS ANEXO 0** **NO: 21-46-101123696** **CUMPLIMIENTO:** **CON SU VIGENCIA Y VALOR, DE ACUERDO AL CONTRATO.DESDE EL 14-11-2025 HAS EL 31-07-2026 POR VALOR DE $ 1.282.969,60**	
PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	**PÓLIZA DE SEGUROS NO:21-03-101031161 PROFESIONAL:**	

PAC MENSUAL	HORAS MES	VALOR MESUAL
PAC DICIEMBRE	176	$ 3.207.424
CXP 2025 PAGADERAS PRMER TRIMESTRE 2026	176	$ 3.207.424

	CON SU VIGENCIA Y VALOR, DE ACUERDO AL CONTRATO.DESDE EL 14-11-2025 HASTA EL31-12-2025 POR VALOR DE $ 284.700.000,00

EL DÍA 20 DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2025, SE REUNIERON LA SEÑORA CONTRATISTA **INGRID MAYORGA VALDERRAMA** (ENFERMERA PROFESIONAL), EN SU CONDICIÓN DE CONTRATISTA, EL SEÑOR CAPITÁN SANCLEMENTE BALANTA DAMIAN , EN CALIDAD DE SUPERVISOR O INTERVENTOR, CON EL FIN DE DEJAR CONSTANCIA DE LA INICIACIÓN REAL Y MATERIAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN MENCIÓN, CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN PERSONAL PARA EL PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (MATIS) PARA LOS USUAROS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 1882 CAMAN-ESUFA. (ENFERMERA JEFE)., DE ACUERDO A LAS CONDICIONES RELACIONADAS ANTERIORMENTE.

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
INGRID MAYORGA VALDERRAMA	ENFERMERO PROFESIONAL(MATIS)	ENFERMERO PROFESIONAL

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

EL CONTRATISTA DEBE ADELANTAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES PARA CUMPLIR EL OBJETO CONTRACTUAL.

1. EL ENFERMERO PROFESIONAL DEBE REALIZAR UN MÍNIMO DE 176 HORAS MENSUALES EN LOS MESES DE FEBRERO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO, AGOSTO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE; 181 HORAS EN MARZO; Y 182 HORAS EN SEPTIEMBRE, EN ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA, EN APOYO AL PROGRAMA DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (MATIS) Y/O CONSULTA PRIORITARIA, DE MANERA EFICAZ Y EFICIENTE PARA GARANTIZAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE.

2. LAS CONSULTAS TENDRÁN UNA DURACIÓN DE 20 O 30 MINUTOS, SEGÚN CORRESPONDA. ESTAS HORAS DEBEN PROGRAMARSE DENTRO DE LA JORNADA DE ATENCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO, DE ACUERDO CON LA DISPONIBILIDAD DE CONSULTORIOS, Y DEBEN REALIZARSE Y REGISTRARSE DENTRO DEL MISMO MES A FACTURAR.

3. POSTULAR ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA, ENRUTAMIENTO, SEGUIMIENTO A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS. ELABORANDO UN PLAN CRONOLÓGICO DE ATENCIÓN Y EDUCACIÓN EN CONSULTA A LOS PACIENTES INSULINODEPENDIENTES ADSCRITOS AL ESM.

4. PRESENTAR PLAN DE CRONOGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN AL EQUIPO EBAS, E INTERVENCIÓN DE REINDUCCIÓN CADA TRES MESES AL PERSONAL DEL ESCUADRÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN RELACIÓN CON METAS ESTABLECIDAS DESDE LA JEFSA Y ACCIONES REALIZADAS POR EL ESM.

5. CONOCER, PRACTICAR, DESARROLLAR Y SOCIALIZAR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, QUE ADOPTA LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, OPERATIVOS DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL Y SE ESTABLECEN LAS DIRECTRICES PARA SU OPERACIÓN, O LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN.

6. USAR DE MANERA OBLIGATORIA LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD, RECONOCIÉNDOLAS Y PRACTICÁNDOLAS DURANTE LAS CONSULTAS Y JORNADAS EDUCATIVAS A LOS PACIENTES MEDIANTE INTERVENCIONES INDIVIDUALES, COLECTIVAS, POBLACIONALES Y

ACCIONES DE GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA REQUERIDAS PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD COMO LA GESTIÓN OPORTUNA E INTEGRAL DE LOS PRINCIPALES RIESGOS EN SALUD DE LOS INDIVIDUOS, FAMILIAS Y COMUNIDADES

7. PROMOVER EL AUTOCUIDADO A LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS Y SU RESPECTIVO REGISTRO EN HISTORIA CLÍNICA EN RELACIÓN A LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES DONDE FIGURAN ENTRE OTROS: ESTILO DE VIDA, EJERCICIO Y RECREACIÓN, HIGIENE GENERAL Y PERSONAL; NUTRICIÓN TIPO Y CALIDAD, FACTORES CULTURALES Y SOCIALES;, MANEJO DEL ESTRÉS, DESARROLLO PERSONAL Y PROYECTO DE VIDA, CUIDADOS EN DIFERENTES EDADES; CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES OPORTUNAS PARA GESTIONAR SU SALUD Y BUSCAR AYUDA MÉDICA EN CASO DE NECESIDAD. CUBRIMIENTO DE ESTAS ACTIVIDADES POR MOMENTOS DE VIDA, PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA, JUVENTUD, VEJEZ, ASÍ COMO A LAS POBLACIONES PRIORIZADAS COMO: GESTANTES, RECIÉN NACIDOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES NO CONTROLADAS, PERSONAS CON TBC – LEPRA, VIH, CÁNCER, DISCAPACIDAD Y SALUD MENTAL U OTROS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. ASÍ COMO EL ESTUDIO Y PARTICIPACIÓN EN ANÁLISIS MULTIDISCIPLINARIO DE LOS RIESGOS EN PERSONAS Y FAMILIAS IDENTIFICADAS.

8. LLEVAR A CABO DENTRO DE LAS INTERVENCIONES INTRA Y EXTRAMURALES EL CUMPLIMIENTO DE LAS CUATRO FINALIDADES EN LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD: VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD, DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES, PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD; DIRIGIDO A PREVENIR NUEVOS RIESGOS Y GENERAR CULTURA DE CUIDADO DE LA SALUD EN LAS PERSONAS, CON INFLUENCIA EN LA COMUNIDAD.

9. DESARROLLAR SU PROFESIÓN COMO INTEGRANTE DEL GRUPO EBAS DEL ESM 1882 EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA EL SSPM, DENOMINADO MATIS, QUE SE ENTIENDE COMO EL CONJUNTO DE POLÍTICAS, ESTRATEGIAS, LINEAMIENTOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUE ALINEAN, EL ASEGURAMIENTO Y LA GESTIÓN EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LOS DISTINTOS TERRITORIOS Y POBLACIONES ORIENTADAS AL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DEL USUARIO DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA.

10. DESARROLLAR ESTRATEGIAS PARA LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SALUD OPERACIONAL ENCAMINADAS A LA GESTIÓN DEL RIESGO MILITAR Y POLICIAL. QUE TIENE COMO FINALIDAD EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LOS USUARIOS Y SU SOSTENIBILIDAD.

11. SER LÍDER ADMINISTRATIVO FUNCIONAL, DE LA RUTA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO PARA LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINO Y NO INSULINO DEPENDIENTE. EN ESTE EJERCICIO, DEBERÁ IMPLEMENTAR TABLA DE CONTROL CRONOLÓGICO POR PACIENTE DE ENTREGA DE TIRILLAS Y LANCETAS POR PARTE DEL ALMACÉN Y DESARROLLAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE LOS USUARIOS DENTRO DE LA CONSULTA.

12. APLICAR LAS GUÍAS DE MANEJO ESTIPULADAS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR (DIGSA), JEFATURA SALUD FAC (JEFSA) O EN SU DEFECTO LAS DEL MINSALUD O SECRETARIA DE SALUD.

13. REALIZAR LA CONSULTA INTRA O EXTRAMURAL PARA LOS PACIENTES PRIORIZADOS Y ESTABLECIDOS –ADSCRITOS EN EL TERRITORIO.

14. LIDERAR LA CONVOCATORIA DE PERSONAS Y FAMILIAS A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD: JORNADAS DE VACUNACIÓN, CLUBES DE HIPERTENSOS, TALLERES, CONFERENCIAS, GRUPOS DE APOYO ENTRE OTROS, QUE SE REALICEN DE MANERA VIRTUAL O PRESENCIAL.

15. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS CAPACITACIONES PARA LA DIFUSIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Y EL MODELO DE ATENCIÓN TERRITORIAL, CON EL FIN DE SER APLICADOS Y RETROALIMENTADAS AL GRUPO DE PROFESIONALES DEL ESM, EN LA CONSULTA MÉDICA CON ENFOQUE DE GESTIÓN DEL RIESGO

16. VERIFICACIÓN MENSUAL DE AVANCE EN CADA UNO DE LOS COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN EL GRUPO EBAS, DEBERÁ REPORTAR LOS RESULTADOS DE MONITOREO, ACTIVIDADES REALIZADAS Y PORCENTAJE DE AVANCE EN CARACTERIZACIÓN, TAMIZACIÓN, REPORTE DE FRAMIGHAM Y FINDRISK, CAPTACIÓN DE PACIENTES Y DEMANDA INDUCIDA DENTRO DE LOS PROGRAMAS, TRAZABILIDAD DE CANALIZACIONES, ASÍ COMO LAS NECESIDADES ENCONTRADAS DURANTE EL PERIODO EVALUADO, ESTE INFORME DEBERÁ SER PRESENTADO A CADA CIERRE DE MES.

17. EJERCER ACTIVIDADES DE PLANEACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO EBAS QUE TENGAN ACTIVIDADES LOGÍSTICAS Y DE APOYO (AUXILIAR DE ENFERMERÍA, APH, AUXILIAR EN SALUD ORAL) CON EL FIN DE EJERCER CONTROL DE METAS, SEGUIMIENTO AL TRABAJO DE TERRENO Y TAREAS PROPUESTAS, SEGUIMIENTOS Y CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN, INTERVENCIÓN EN SALA DE ESPERA, ENTRE OTRAS.

18. INFORMAR A LA SECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DEL ESM, LOS EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA ENCONTRADOS DURANTE LAS VISITAS EXTRAMURALES Y REALIZAR EL SEGUIMIENTO CORRESPONDIENTE.

19. PARTICIPAR EN TRABAJOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ORIENTADOS A CONOCER LAS CAUSAS, EFECTOS Y FACTORES DETERMINANTES Y QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS DEL ESM, MONTANDO PLAN DE TRABAJO A REALIZAR CON ELLOS PARA GESTIÓN Y CONTROL DEL RIESGO.

20. APOYO DE LA RUTA DE SEGUIMIENTO DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO REALIZANDO A DIARIO EL REGISTRO NECESARIO PARA ENTREGAR EL ÚLTIMO DÍA HÁBIL DE CADA MES LA MATRIZ ACTUALIZADA EN EL REPORTE A JEFSA, REPORTANDO NOVEDADES A TIEMPO AL LÍDER FUNCIONAL ADMINISTRATIVO DE LA RUTA.

21. APOYO EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA MATRIZ DE DIABETES E HIPERTENSIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES CON DICHOS DIAGNÓSTICOS, ENVIADA POR JEFSA, QUE, A SU VEZ, TIENE INJERENCIA EN LA CUENTA DE ALTO COSTO DE ENFERMEDADES PRECURSORAS DE ENFERMEDAD RENAL.

22. APOYO EN EL DILIGENCIAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA MATRIZ DE CUENTA DE ALTO COSTO DE ENFERMEDADES PRECURSORAS DE ENFERMEDAD RENAL, A PRESENTARSE DE MANERA ANUAL A LA JEFATURA DE SALUD PARA CORTE MINISTERIAL.

23. DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO, COMPLETO Y EN TIEMPO REAL DE CADA INTERVENCIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA EN LA PLATAFORMA SALUD.SIS. RESPETANDO A CABALIDAD LOS PRINCIPIOS DE CALIDAD Y REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LAS DEMÁS CONDICIONES ESTABLECIDAS QUE SE EXPONEN EN LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD PARA COLOMBIA.

24. REGISTRO COMPLETO Y EN TIEMPO REAL EN LA PLATAFORMA IRON 2.0.

25. EDUCACIÓN Y REGISTRO DE REPORTE DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN INDIVIDUALES REALIZADAS A LOS USUARIOS DEL ESM Y REPORTE MEDIANTE ACTA DE LAS MISMAS CUANDO OCURRAN DE MANERA GRUPAL, SEAN VIRTUALES O PRESENCIALES.

26. EJECUTAR LA DEMANDA INDUCIDA Y EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE MANERA PRESENCIAL (INTRA O EXTRAMURAL), TELEFÓNICA Y POR EMAIL.

27. PRESCRIBIR LOS MEDICAMENTOS DE CONSULTA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN COMO LOS ANTICONCEPTIVOS, POR EJEMPLO, PERMITIDOS PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ACUERDO 052 DE 2013 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL, POR EL CUAL SE ESTABLECE EL MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA PARA EL SSMP Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. ELABORANDO LA FORMULA EN LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE CALIDAD EXIGIDAS POR LA NORMA.
28. CREACIÓN DE MEDIOS EDUCATIVOS, MATERIAL DE APOYO COMO FOLLETOS, BOLETINES Y PLEGABLES DE INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS, QUE APOYEN LAS CONSULTAS Y REFUERCEN LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES SOBRE EL AUTOCUIDADO EN DIFERENTES ÁREAS

29. COORDINAR ORGANIZAR LAS MATRICES DE INTERVENCIÓN SEGÚN EL RIESGO Y ANALIZAR LA INFORMACIÓN GENERADA EN LA FICHA FAMILIAR, REALIZAR EL SEGUIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO DE LAS FICHAS FAMILIARES EN LA WEB.

30. COORDINAR CON EL EQUIPO EBAS LAS MATRICES DE INTERVENCIÓN, ASÍ MISMO REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y LA TRAZABILIDAD DE LAS CANALIZACIONES DE LOS USUARIOS DEL TERRITORIO ASIGNADOS.

31. PRESENTAR MENSUALMENTE LOS RESULTADOS DEL MONITOREO O SEGUIMIENTO A LAS MATRICES DE INTERVENCIONES DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS DEL EBA CORRESPONDIENTE PARA SER PRESENTADO A LA UGESA (UNIDAD DE GESTIÓN EN SALUD SANITARIA) ASIGNADA.

32. COORDINAR LAS REMISIONES O EXÁMENES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS ASIGNADOS PARA SU INGRESO A LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCIÓN EN SALUD.

33. DILIGENCIAR LOS INSTRUMENTOS ESTABLECIDOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS.

34. ELABORAR LOS INFORMES Y CUADROS DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES, VERIFICANDO RESULTADOS DE IMPACTO DE LOS EQUIPOS EBAS.

35. PRESENTAR JUNTO CON EL MÉDICO DEL EBAS PERIÓDICAMENTE AL COMITÉ ZONA LOCAL LOS RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS A LA POBLACIÓN DE SU TERRITORIO, PARA VERIFICAR EL IMPACTO DE ESTAS ACCIONES, COMO INDICADOR DE RESULTADOS.

36. REALIZAR EN COORDINACIÓN CON LOS PROFESIONALES DEL GADT LA IMPLEMENTACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LAS RIAS (RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD), ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

37. LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO OBJETO DEL CONTRATO QUE EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR REQUIERA, PARTICIPACIÓN ASISTENCIAL QUE COMO JEFE DE ENFERMERÍA DEL GRUPO EBAS APORTE AL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL USUARIO Y QUE ESTÉ DE ACUERDO AL PERFIL PROFESIONAL ESTUDIADO.

ÁREA DE CONSULTA PRIORITARIA

1. DIRECCIONAR AL USUARIO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN RELACIÓN CON LA COMPROBACIÓN DE DERECHOS PARA USO DEL SSFFMM CON EL CARNÉ, CUSTODIA, DILIGENCIAMIENTO Y ORGANIZACIÓN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999.
2. APLICAR LA TÉCNICA ASÉPTICA EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE ACUERDO CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL MANTENIENDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EL PROFESIONAL DE LA SALUD.

3. EFECTUAR PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS DE LIMPIEZA, SANITIZACIÓN Y DESINFECCIÓN EN ÁREAS EQUIPOS Y ARTÍCULOS.
4. ORIENTAR Y EDUCAR A LOS AFILIADOS PARA EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERAN.
5. TOMAR Y REALIZAR EL DEBIDO PROCESO PARA MUESTRAS DE LABORATORIO ORDENADAS.
6. PREPARAR EL ENTORNO PARA DAR CUIDADO A LA PERSONA EN ALTERACIÓN DE SALUD SEGÚN ASIGNACIÓN O DELEGACIÓN DEL PROFESIONAL.
7. ASISTIR A LA PERSONA EN LAS ACTIVIDADES DE MOVILIZACIÓN SEGÚN SUS LIMITACIONES Y EQUIPOS REQUERIDOS.
8. APOYAR Y ASISTIR AL USUARIO EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROPIAS Y NECESIDADES FISIOLÓGICAS QUE DURANTE LA ESTADÍA EN EL SERVICIO REQUIERA.
9. APLICAR LOS MEDICAMENTOS SEGÚN DELEGACIÓN Y DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA, LA VÍA, LA DOSIS Y LA HORA PRESCRITA. VIGILAR LA ACCIÓN FARMACÉUTICA Y REACCIONES ADVERSAS DE LOS MEDICAMENTOS E INMUNOBIOLÓGICOS ADMINISTRADOS DE ACUERDO CON EL MEDICAMENTO Y SENSIBILIDAD DE LA PERSONA.
10. EJECUTAR PRÁCTICAS DE TRABAJO SEGURAS CONFORME A LAS NORMAS TÉCNICAS.
11. PARTICIPAR EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS DE ACUERDO CON LAS NORMAS TÉCNICA.
12. PREPARAR Y APOYAR EL TRASLADO DE LA PERSONA DEL SITIO DE ORIGEN AL SITIO DE DESTINO DE LA REMISIÓN SEGÚN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y LAS NECESIDADES DEL ESM.
13. MONITOREAR A LAS PERSONAS DURANTE EL TRASLADO SEGÚN NECESIDADES IDENTIFICADAS Y GUÍAS VIGENTES.
14. MONITOREAR LAS FUNCIONES DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES PREVIAS Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS CONCERTADOS.
15. REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS PROPIOS COMO: MONITORIZACIÓN DE PACIENTE, PASO DE SONDA NASO GÁSTRICA Y VESICAL, CATETERISMO VESICAL, GLUCOMETRÍA, CANALIZACIÓN DE VENA, LAVADO GÁSTRICO, PASO DE ENEMAS, TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMAS, MICRONEBULIZACIÓN, ASEO TERMINAL, REALIZACIÓN DE MATERIAL (GASAS, ALGODÓN), LAVADO Y ESTERILIZACIÓN INSTRUMENTAL, INYECTOLOGÍA, CURACIONES (MANEJO DE HERIDA LIMPIA Y CONTAMINADA), TOMA DE SIGNOS VITALES, HABILIDADES PARA PROCEDIMIENTOS DE REANIMACIÓN CARDIO-CEREBRO PULMONAR BÁSICA, EN LA ENTREGA DE TURNOS DEBE REALIZAR LA VERIFICACIÓN DEL SELLO DEL CARRO DE PARO, FUNCIONALIDAD DE LOS EQUIPOS QUE RECIBE, INVENTARIO Y A SU VEZ DEBERÁ RESPONDER EN CASO DE QUE ALGUNO DE ESTOS ÚLTIMOS SE ENCUENTRE EN MAL ESTADO, NO FUNCIONAL O DESAPARECIDO, DEBE VERIFICAR LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS.
16. REVISAR LOS CILINDROS Y FUENTES DE OXÍGENOS EN LAS ÁREAS DE CONSULTA PRIORITARIA, HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍAS.
17. VERIFICAR TODOS LOS EQUIPOS EN LAS ÁREAS DEL ESM QUE LE SEAN DESIGNADAS.
18. REALIZAR SEGUIMIENTO TELEFÓNICO A LAS NOTIFICACIONES OBLIGATORIAS BAJO LA ASESORÍA DEL ENFERMERO JEFE, APOYAR CHARLAS E INSTRUCTIVOS A LOS USUARIOS Y EMPLEADOS DEL ESM EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, CITACIÓN A LOS PACIENTES PARA LA ASISTENCIA DE LOS DIFERENTES GRUPOS QUE TIENE IMPLEMENTADOS EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. REGISTRAR DESPUÉS DE CADA PROCEDIMIENTO LA FIRMA Y SELLO EN LOS FORMATOS Y EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.
19. REALIZAR LA ATENCIÓN INICIAL, TRIAGE Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA SOLICITADAS POR EL MÉDICO TRATANTE, DE PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ESM 1882, TENIENDO EN CUENTA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y LAS RECOMENDACIONES NECESARIAS PARA EVITAR CONTAGIOS EN CASO DE PRESENTARSE USUARIO CON COVID 19

SERVICIO DE AMBULANCIA

1. REALIZAR EL INVENTARIO DE INSUMOS DE CADA AMBULANCIA, CON SU DEBIDA REPOSICIÓN EN CASO DE FALTAR, SEMAFORIZAR LOS MISMOS Y REPORTAR AL JEFE INMEDIATO EN CASO DE NOVEDADES CON LAS MISMAS.
2. VERIFICAR EL ESTADO DE LA AMBULANCIA QUE COMPRENDE: ASEO, LUCES EXTERIORES DE EMERGENCIA Y OXIGENO MEDICINAL DE LA AMBULANCIA.
3. EN CASO DE REMISIÓN A RED EXTERNA DILIGENCIAR EL FORMATO DE BITÁCORA EN SU TOTALIDAD Y REPOSAR EN CARPETA DESIGNADA, ESTO ES DE CARÁCTER OBLIGATORIO CON LETRA CLARA Y LEGIBLE.
4. ESTAR ATENTO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA EL CORRECTO TRASLADO Y REMISIÓN DEL AFILIADO A LA RED EXTERNA.
5. INFORMAR ANTES DE SALIR DE LA UNIDAD A LA TORRE DE CONTROL CON EL FIN DE DAR AVISO A LA UNIDAD Y AL ESM 1882 CAMAN - ESUFA.
6. DEBERÁ PRESTAR APOYO AL SERVICIO DE CONSULTA PRIORITARIA EN CASO DE NO ENCONTRARSE EN TRASLADO.
7. REACCIONAR INMEDIATAMENTE EN CASO DE SER REQUERIDO O AL LLAMADO DE LOS FUNCIONARIOS DEL ESM 1882 CAMAN - ESUFA.
8. DILIGENCIAR EL LIBRO DE NOVEDADES SEGÚN SEA REQUERIDO CON LETRA LEGIBLE Y CLARA.
9. MANTENER EN CADA TRASLADO EL AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL Y LA SEGURIDAD DEL AFILIADO.
10. REALIZAR LAS DESINFECCIONES DEL HABITÁCULO DEL PACIENTE Y REGISTRARLAS EN EL FORMATO DE DESINFECCIÓN.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. LA ATENCIÓN AL PACIENTE DEBE ESTAR ENMARCADA EN PARÁMETROS DE CALIDAD, AMABILIDAD, RESPETO Y CONFIDENCIALIDAD POR PARTE DEL CONTRATISTA.

2. USO OBLIGATORIO Y EXCLUSIVO DE TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (BATA MANGA LARGA, GORRO, TAPABOCAS, GUANTES, MONOGAFAS Y CARETA) Y LOS DEMÁS ORDENADOS SEGÚN LINEAMIENTOS EN ATENCIÓN DE AEROSOLES Y PACIENTES EN RIESGO POR CONTAGIO DE COVID19 SIGUIENDO LAS NORMAS QUE SEGÚN LOS MODIFIQUE, DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

3. APLICAR LAS GUÍAS DE MANEJO ESTIPULADAS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR (DIGSA), JEFATURA SALUD FAC (JEFSA) O EN SU DEFECTO LAS DEL MINSALUD O SECRETARIA DE SALUD.

4. CUMPLIR CON TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES PARA LOS QUE FUE CONTRATADO. LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN MENSUALES, EN RAZÓN A QUE LAS MISMAS RESPONDEN A LA PREPARACIÓN QUE DEBE TENER EL CONTRATISTA PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, LAS CUALES SE ENTENDERÁN QUE HACEN PARTE DE LAS HORAS CONTRATADAS.

5. CONOCER, APLICAR Y DILIGENCIAR LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN PARÁMETROS DE CALIDAD VIGENTES EN LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD PARA COLOMBIA.

6. VELAR POR EL CUIDADO DE LOS EQUIPOS E INSTRUMENTAL DE USO PARA CONSULTA. RESPONDIENDO POR LOS BIENES DEL ESTADO ASIGNADOS AL CARGO.

7. CUMPLIR CON TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES PARA LOS QUE FUE CONTRATADO. LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN MENSUALES, EN RAZÓN A QUE LAS MISMAS RESPONDEN A LA PREPARACIÓN QUE DEBE TENER EL CONTRATISTA PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, SE ENTENDERÁN QUE HACEN PARTE DE LAS HORAS CONTRATADAS.

8. MANEJAR ABSOLUTA RESERVA DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENGA POR MEDIO DE ESTE CONTRATO Y DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES. NO SUMINISTRAR INFORMACIÓN RELATIVA A LOS SERVICIOS QUE PRESTA AL ESM, ASÍ COMO DE LAS INSTALACIONES DE LAS FUERZAS MILITARES DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA U OTRA INFORMACIÓN QUE CONOZCA O LLEGARE A CONOCER DURANTE EL DESARROLLO DEL PRESENTE CONTRATO; EN CASO DE INCURRIR EN ESTA CONDUCTA, SERÁ SANCIONADO DE ACUERDO CON LAS NORMAS DEL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO A QUE HAYA LUGAR.

9. REALIZAR EL CARGUE DE LA CUENTA DE COBRO Y PLANILLA DE PARAFISCALES EN SECOP II DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS DE CADA MES.

FACTURACIÓN: ENTREGAR LAS FACTURAS (O CUENTAS DE COBRO) ORIGINALES Y DOS COPIAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO EL DÍA 25 DE CADA MES, SI DICHA FECHA CORRESPONDE A SÁBADO, DOMINGO O LUNES FESTIVO, SE ENTREGARÁ EL VIERNES ANTERIOR AL 25 ADJUNTANDO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: FOTOCOPIAS DEL ÚLTIMO RECIBO DE PAGO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL: SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES, LOS CUALES SON DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA EL PAGO. ESTOS DOCUMENTOS SE ENTREGARÁN AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA REALIZACIÓN DEL ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN Y EL INFORME DE SUPERVISIÓN CORRESPONDIENTES A CADA MES.

10. REALIZAR PAGO DE FICHERO (PERSONAL Y VEHICULAR) Y ESTUDIO DE SEGURIDAD PARA EL INGRESO A LA UNIDAD.

11. UNA VEZ SE PERFECCIONE EL CONTRATO, EL CONTRATISTA DEBE APORTAR EL **CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES – ARL.**

ENTREGABLES Y FECHAS ESTIMADAS

1. EL CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR SOPORTE DE REGISTRO DE ATENCIÓN DE PACIENTES REALIZADOS EN EL SISTEMA IRON DE FORMA MENSUAL LOS DÍAS 25 DE CADA MES.

2. EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR ACTUALIZACIÓN EN TEMAS PROPIOS DE SU ESPECIALIDAD DE ACUERDO A PROTOCOLOS INSTITUCIONALES CADA DOS MESES DEJANDO ACTA DE SOCIALIZACIÓN COMO SOPORTE DEL MISMO, LA CUAL DEBERÁ SER ENTREGADA LOS DÍAS 25 DE CADA MES.

3. EL CONTRATISTA DEBERÁ DILIGENCIAR LOS PRIMEROS 5 DÍAS DEL MES, CONSOLIDADO MENSUAL DE HORAS CUMPLIDAS Y ENVIARLO MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO A FUNCIONARIO ENCARGADO (JEFE DEL SERVICIO, SUPERVISOR) DEBERÁ ENTREGAR SOPORTE IMPRESO.

4. EL CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR CARNÉ DE VACUNAS, DEBERÁ SER ENTREGADO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CADA 6 MESES PARA REVISIÓN DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

5. EL CONTRATISTA DEBERÁ LLEVAR EL SOPORTE ESCRITO Y FOTOGRÁFICO DE LAS HORAS REALIZADAS EN EL MES, PARA CONTROL DEL SUPERVISOR.

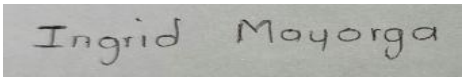
NOTA 1: EN NINGÚN CASO DEBE PRESENTARSE TOTAL Y/O PARCIALMENTE SUBORDINACIÓN O DEPENDENCIA EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES; LO QUE DEBE OBRAR EN LA EJECUCIÓN E INFORMES DE SUPERVISIÓN ES UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES ENTRE LA ENTIDAD CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA.

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-009
	FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	05
		Vigencia:	12-12-2024

OBSERVACIONES

- Certificado salud, pensión y ARL
- Visto Bueno Certificado Examen Ocupacional
- Visto Bueno Certificado Vacunas
- Registro SIGEP
- Certificado ACLS

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON:



INGRID MAYORGA VALDERRAMA
CONTRATISTA



CAPITAN SANCLEMENTE BALANTA DAMIAN
SUPERVISOR

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073158454		MAYORGA VALDERRAMA INGRID HASBLEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 1 6a 06	MADRID-CUNDINAMARCA	8280468	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	191282574	94945O1774	I	2025/12/12	2025/11/07	NEQUI	0	$352,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,138,800	$182,300			$1,138,800	$142,400			$0	$0			$1,138,800	$27,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,138,800	$182,300			$1,138,800	$142,400			$0	$0			$1,138,800	$27,800		$0	$0
Ciudad: MADRID Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,138,800	$182,300			$1,138,800	$142,400			$0	$0			$1,138,800	$27,800		$0	$0
1	CC 1073158454	MAYORGA INGRID	05-14	24	$1,138,800	$182,300	EPS008	24	$1,138,800	$142,400		0	$0	$0	14-23	24	$1,138,800	$27,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,138,800	$182,300			$1,138,800	$142,400			$0	$0			$1,138,800	$27,800		$0	$0

2025/11/07 09:54 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073158454		MAYORGA VALDERRAMA INGRID HASBLEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 1 6a 06	MADRID-CUNDINAMARCA	8280468	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	191282574	9494501774	I	2025/12/12	2025/11/07	NEQUI	0	$352,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,300	$0	$0	$182,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$182,300	$0	$0	$182,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,800	$0	$0	$27,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$27,800	$0	$0	$27,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$142,400	$0	$0	$142,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$142,400	$0	$0	$142,400
TOTAL				1	$352,500	$0	$0	$352,500

2025/11/07 09:54 AM

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

INGRID HASBLEIDY MAYORGA VALDERRAMA identificado con **CC 1073158454** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombre y/o Razón Social	ESM COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO
Tipo y Número de Documento	NI 901542499
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
Fecha de Inicio de Cobertura	2025/11/20
Estado de Afiliación	ACTIVO
Tipo de Vinculación	INDEPENDIENTE
Fecha de Inicio del Contrato	2025/11/20
Fecha Fin del Contrato	2025/12/31
Código Actividad Económica Principal	3861001
Clase de Riesgo	3
Fecha de Retiro	SIN RETIRO

Esta certificación se expide a los 2025/11/19.

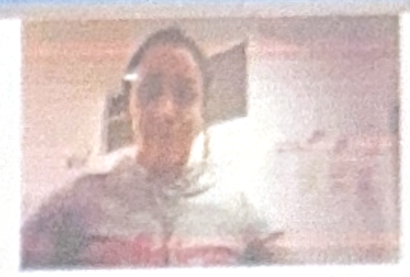
Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ESTRATEGO IPS SAS
NIT: 900981496-2

OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 1073158454-220097

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	29 oct. 2025 - MADRID - CUNDINAMARCA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	INGRID HASBLEIDY MAYORGA VALDERRAMA	**Identificación:**	1073158454
Género	FEMENINO **Edad:** 35	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3138405918
Fecha Nacimiento:	11/03/1990	**Cargo:**	ENFERMERA JEFE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 1 NRO 6 A 06 EL PORTON II	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	INGRID HASBLEIDY MAYORGA VALDERRAMA	**Área: No Reporta**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	INGRID HASBLEIDY MAYORGA VALDERRAMA		

CONCEPTO LABORAL

CON PATOLOGIA QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones:

RECOMENDACIONES EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL HABITOS DE VIDA SALUDABLE IMC 24.84 , SEGUIMIENTO CON FISIOTERAPIA PARA COMPLETAR TERAPIAS DE REHABILITACION Y CONTROL OPTOMETRICO ANUAL

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR	ACONDICIONAMIENTO FISICO SEGUN REQUERIMIENTOS DEL CARGO. ADECUACION ERGONOMICA DE PUESTO DE TRABAJO SEGUN DISPOSICION DE LA EMPRESA. CAPACITACION PARA MANEJO DE CARGAS SEGUN CRITERIO DEL CARGO	PPyP

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA	ALTERACION DE REFRACCION-

Yo en calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria acepto y doy MI CONSENTIMIENTO para que el personal médico de ESTRATEGO IPS S.A.S., me realice el examen médico ocupacional y para que mis datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de ESTRATEGO IPS S.A.S.. Además, certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Adriana milena Perez caceres

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
ADRIANA MILENA PEREZ CACERES
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1024530309
R.M 1024530309 - RES.12376 19/01/2024

Ingrid M.

Firma y cédula del Paciente
INGRID HASBLEIDY MAYORGA VALDERRAMA
1073158454

Vo.Bo. SST JEFSA. Carolina Avila Avila
06 noviembre 2025

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación actividades administrativas y alternamente asistenciales con procedimientos DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-109
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
3, No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos:	MAYORGA VALDERRAMA		Nombres:		INGRID HASBLEIDY
N° de Documento:	1073158454		Edad:		35 AÑOS
Genero:	**Mujer**	X	**Hombre**		
Profesión u ocupación:	ENFERMERA		Número de contacto:		3138405918
Correo electrónico:	segurajm12@gmail.com				

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA		DISAN EJC		DISAN ARC		JEFSA FAC	X

Establecimiento de Sanidad Militar: ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 1882 COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO

Cargo al que aspira: ENFERMERA PROFESIONAL

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carné de vacunación?	X	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE **ASISTENCIALES CON PROCEDIMIENTOS***

* Que realice labores administrativas y ocasionalmente realice procedimientos asistenciales.

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GENERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO / N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE N/A
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	17/03/2020
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	13/06/2011
			2da	SI	13/07/2011
			3ra	SI	4/09/2012
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema	NO APLICA	NO APLICA
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	2/05/2010
			2da	SI	13/06/2011
			3ra	SI	28/12/2011
			4ta	SI	21/01/2012
			5ta	SI	20/01/2014
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	NO APLICA	NO APLICA
	Hombre		1ra	NO APLICA	NO APLICA
			2da	NO APLICA	NO APLICA
			3ra	NO APLICA	NO APLICA
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	NO APLICA	NO APLICA
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	SI	31/10/2025
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	SI	1/10/2025

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE **ASISTENCIALES CON PROCEDIMIENTOS***

* Que realice labores administrativas y ocasionalmente realice procedimientos asistenciales.

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GENERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO / N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE N/A
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	4/11/2025
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola).	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	SI	1/08/2013
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra	SI	13/08/2016
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	NO APLICA	NO APLICA
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	4/11/2025
		Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema	NO APLICA	NO APLICA

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente; lo anterior teniendo en cuenta que de no seguir esta recomendación se interfiere en la respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES:

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI		NO	X	

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

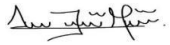
SI	X	NO		

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.



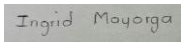
Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

TENIENTE CARDENAS CALVETE KENDY MILADY ENFERMERA MILITAR



Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.



Firma del aspirante

INGRID HASBLEIDY MAYORGA VALDERRAMA

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-10-30 17:44

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
INGRID	HASBLEIDY	MAYORGA	VALDERRAMA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1073158454

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	MADRID

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	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["Avenida Eldorado Carrera 52 CAN"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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.

1. 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	$42.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$12.000.000,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$12.000.000,00
TOTAL	$66.000.000,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	MADRID	$220.000.000,00
CARRO	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	FUNZA	$70.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$35.000.000,00
CREDITO	$60.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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 [X]

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. CONFLICTOS 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 [X]

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 [X]

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 desempeño.

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

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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:

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MAYORGA	VALDERRAMA	INGRID HASBLEIDY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1073158454	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 11 MES 03 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 1 6A 06 Torre 4 apto 402

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO MADRID

TELÉFONO 0000000 EMAIL ingridhm26@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2007
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD	05	2020	1073158454
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	05	2016	1073158454

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA MATILDE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 null 11 45				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA MATILDE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 11 45				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA MATILDE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	06	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 11 45					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA MATILDE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	18	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 11 45					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA MATILDE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	05	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 11 45					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

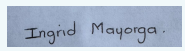
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	7
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Madrid, Octubre 30 de 2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Ingrid Hasbleidy Mayorga Valderrama

CC 1073158454 de Madrid - Cundinamarca

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-02-18
Fecha de vencimiento: 2026-02-18

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista