REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	04
		VIGENCIA	15/08/2025

Ok

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Angela Patricia Vaca Ramirez

CARGO: Auxiliar de enfermería.

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE N/A	OBSERVACIÓN
	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	✓			
2	Hoja de vida (actualizada con foto)	✓			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	✓			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses	✓			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses	✓			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	✓			
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses	✓			
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos	✓			
10	Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.	✓			
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	✓			
12	Registro usuario Secop II	✓			
13	RUT Actualizado	✓			
14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	✓			
15	Certificado actual de afiliación EPS	✓			
16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	✓			
17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	✓			
18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)	✓			
19	Formato de oferta de prestación de servicios	✓			
20	Formato de indemnidad	✓			
21	Formato de ARL	✓			
22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)	✓			
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	✓			
24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	✓			
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	✓			
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	✓			
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	✓			
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años	✓			
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado	✓			
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado	✓			
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional				
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca	✓			
37	RETHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)	✓			
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES				
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	✓			
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	✓			
41	Manejo del duelo (Asistenciales)	✓			
42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	✓			
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.				
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
54	Certificado en formación de sedación				

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

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, 09 de enero de 2026

Doctor.
DIEGO ALEJANDRO GARCIA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ

Cargo: Auxiliar de Enfermería

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

Cordialmente,

Angela Patricia Vaca R

ANGELA PATRCIA VACA RAMIREZ
CC: 1.010.176.326
Dirección: CRA 36ª 15ª 34
Email: angelapatricia101004@hotmail.com
Teléfono / Celular: 3228574117

ANGELA PATRICIA
VACA RAMIREZ

Celular: 3228574117

DATOS PERSONALES

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Bogotá, 02 Mayo de 1988
DIRECCIÓN RESIDENCIA cra 36ª n 15ª-34-Cuidad verde soacha
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA angelapatricia101004@hotmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Persona con conocimiento en cuidados de Enfermería con mayor énfasis en el área de promoción y prevención de la salud, con amplios conocimientos en gestión del riesgo en el ámbito familiar, enfermedades de prevalencia en niños y en adultos, planificación familiar, vacunación, entre otros temas relacionados con el área de la salud pública. Me caracterizo por ser una persona honesta, responsable, respetuosa, trabajadora, entusiasta, capaz de trabajar en grupo, perseverante, enfocada hacia el logro de las metas y con una clara visión de mis objetivos futuros.

HABILIDADES

- Alto grado de responsabilidad y compromiso.
- Disposición y conocimiento para trabajar en equipo.
- Capacidad de adaptación y motivación al cambio.
- Excelente manejo de relaciones interpersonales.

FORMACIÓN BÁSICA Y SECUNDARIA

INSTITUTO TECNICO GRAN COLOMBIANO
Bachiller Académico 2004

FORMACIÓN TECNICA Y PROFESIONAL

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA
Técnico Auxiliar en Enfermería 2006
Tarjeta Profesional Nº 1010176326
Secretaria de Salud
Curso Pai

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANSISCO JOSE DE CALDAS
Diplomado en Atención al menor en Pre-escolar 2006

SENA
Curso Salud Ocupacional-40 horas
Curso sistemas-40 horas
Curso Ingles-40 horas
Curso PAI actualizado

FUNDACION JOSE VICENTE CARO
Capacitación,vigilacia-riesgo en el ámbito familiar

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DIGITAL DE ANTIOQUIA
Trabajo Social
2 semestre- 2025

EXPERIENCIA LABORAL

SECRETARIA DE SALUD SOACHA
Dr. Jesús Cotes- Director Salud Publica
Mayo-junio 2008

EMPRESA DE SALUD SOACHA (E.S.E)
Dra. Gloria Córdoba –Gerente E.S.E
Jefe directa: Luz Adriana Lopez
Tel:3003601012
Octubre-Diciembre 2008
Julio-Agosto 2009

EPS' S CONVIDA
Dr Rafael torres-sub gerente técnico
Jefe directa-Carolina Leal
Tel 3132383355
Enero 5 de 2013-Julio 30 de 2014

Cargo desempeñado:promotora de salud en el municipio de Soacha, promoción y prevención de salud

EMPRESA DE SALUD DE SOACHA (E.S.E)
Dra.Gloria Cordoba-Gerente general
Jefe directa: Carolina Leon-Enfermera Jefe coordinadora equipo extramural
Tel:3214129890
Septiembre-Diciembre de 2014
Febrero-Noviembre 2015
Cargo desempeñado: vacunadora extramural del municipio de Soacha a toda la población objeto PAI

EPS'S ECOOPSOS
Jefe directa-Yudy Garzon
Tel:3115110045
Oficina Soacha
Marzo-Junio 2016
Cargo desempeñado:promotora de salud en el municipio de Soacha, promoción y prevención de salud

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
Jefe Lorena Bocanegra- Referente pai
Junio 16 de 2016 –Enero 2020
7329230
Cargo desempeñado: vacunadora extramural del municipio de Soacha a toda la población objeto PAI

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
-Jefe Diana garcia-referente PAI
Marzo- diciembre 2020
-Jefe Erika Cifuentes-coordinadora vacunación covid-19
Marzo-junio 2021
-Jefe Yolima Huertas-Referente PAI
Julio 2021- Junio 2022
-Jefe julian badillo
Septiembre 2022- diciembre 2022
Tel: 7306060 ext:2032
-Jefe julian badillo
Enero-abril 2023
Junio- Diciembre 2023
-Jefe Sandra huertas
Tel: 7306060 ext:2032

ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA
Octubre-Diciembre 2025
Auxiliar de enfermería EBS
-Jefe inmediato
Claudia Yepes
Tel: 3115964614

ESE REGION SALUD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
Vacunación febrero-julio 2024
Jefe Sandra Garzón
Tel 3174244458
Cargo desempeñado: Vacunadora
Equipos básicos en salud julio- Diciembre 2024
Jefe lida M
Tel 3123569728
Cargo desempeñado: Auxiliar de enfermería para caracterizaciones familiares

Cargo desempeñado: Prestación de servicios de apoyo a la gestión para los procesos de vigilancia a la salud pública de la secretaria de salud, dentro de las funciones destacadas realice: Apoyo a jornadas de salud, verificación al cargue del aplicativo PAI WEB, seguimientos a cohortes de la población objeto PAI, búsqueda activa comunitaria de población con algún tipo de necesidad en salud, realización de investigaciones epidemiológicas de campo, caracterización de colegios, jardines infantiles, hogares geriátricos y demás instituciones donde se solicitara asistencias de socialización de vacunación, asistencias técnicas a IPS para seguimiento del cumplimiento normativa PAI.

REFERENCIAS PERSONALES

JENNY ANDREA BELTRAN
ENFERMERA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
Cel: 3203475522

DIANA MARTINEZ
JEFE DE ENFERMERIA-GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
Tel: 3005939012

JUAN CARLOS RUIZ
PATRULLERO DE LA POLICIA NACIONAL
Cel: 3229441358

ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ
CC. No. 1010176326 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.176.326

APELLIDOS
VACA RAMIREZ

NOMBRES
ANGELA PATRICIA

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

18-MAY-2006 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00242537-F-1010176326-20100624 0022466563A 1 34653190

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 287688956

PIB
06:21:25

Bogotá DC, 06 de enero del 2026

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) ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010176326:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 06 de enero de 2026, a las 06:22:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010176326
Código de Verificación	1010176326260106062235

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 06:24:14 AM horas del 06/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1010176326**
Apellidos y Nombres: **VACA RAMIREZ ANGELA PATRICIA**

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.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.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, 06/01/2026 06:25:46 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1010176326** y Nombre: **ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ.**

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. **131800675** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 1010176326 **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 08/01/2026 06:33 PM

Código Verificación: **2QZG1PYNC6**

Válida hasta: **08/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:39:35 horas del 08/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1010176326,** Apellidos y Nombres **VACA RAMIREZ ANGELA PATRICIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital mario gaitan yanguas**, con NIT **900226715-3** 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

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el a

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

- **Mis datos de usuario**
- **Noticias SECOP**
- **Mis registros**
- **Accesos del usuario**
- **Términos y condiciones de uso**

Información del usuario

Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nivel Educativo	
Género	
¿Tiene alguna discapacidad?	Sí No
Nombre y apellido	ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	angelapatricia101004@hotmail.com
Teléfono	-
Celular	3228574117

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743924646

(415)7707212489984(8020) 000001474392464 6

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 0 1 7 6 3 2 6

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VACA	RAMIREZ	ANGELA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal
CR 36 A 15 A 34 TO 10 AP 203 CON POMELO BRR CIUDAD VERDE

42. Correo electrónico angelapatricia101004@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 8 5 7 4 1 1 7	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VACA RAMIREZ ANGELA PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 08-01-2026 06:53:26PM

REGIÓN DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

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

FECHA:	2026-01-09	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUB	OTRO	CUAL:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VACA	RAMIREZ	ANGELA	PATRICIA

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X; C.E.; R.C.; NUIP	1.010.176.326	BOGOTA	2006-05-18

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1988-05-02	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE X VIUDO(A) ☐	2	1	3228574117

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 36 A 15A 34	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3228574117

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
ANGELAPATRICIA101004@HOTMAIL.COM	NA	PROPIA X	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RUIZ	GUZMAN	JUAN	CARLOS

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X; C.E.; R.C.; NUIP	1023861308	BOGOTA	2004-04-01

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO ☐ NACIONALIDAD: COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO X	8299 / 8699
		NO X	ICA	SI ☐	NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO X	SI ☐ NO X	ESE Región de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	SERVICIOS	SALUD	# NIT
	☐	☐	X	800006850-3

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

REGION DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9 - 97	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	feb-24

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 2.400.000	GASTOS FAMILIARES	$ 1.000.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 2.000.000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 65.000.000	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 2.400.000**	TOTAL EGRESOS	**$ 1.000.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 65.000.000**	TOTAL PASIVOS	**$ 2.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RUIZ	ROJAS	CARLOS	JULIO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
DIAG 38 B N 13 43	SOACHA	AMIGOS	3203475522

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
AV VILLAS	AHORROS	713716491	SOACHA	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90.) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Angela Patricia Vaca K

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1010176326, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250922	VIGENTE

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 5 días del mes de Enero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 31047303

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ identificado(a) con C.C No. 1.010.176.326, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 06 de enero del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VACA	RAMIREZ	ANGELA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1010176326	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 02 MES 05 AÑO 1988

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 36A 15A 34 TORRE 10 APTO 203 CUIDAD VERDE

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO 3228574117 EMAIL angelapatricia101004@hotmail.

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	2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X			12	2006	1010176326
PREGRADO	4	X		TECNICA PROFESIONAL EN	11	2006	1010176326

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ESCUELA DE SALUD TERESA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1800	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2006

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 MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 7309230	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	16	Mes	07	Año	2024	Día	19	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 426 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA SUB GERENCIA COMUINITARIA						DIRECCIÓN CALLE 13 null 85					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOACHA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 7306060	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	12	Mes	08	Año	2021	Día	05	Mes	11	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA - TECNICA						DIRECCIÓN CALLE 13 null null					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7306060	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	03	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINIST. - TECNICA						*DIRECCIÓN* Calle 13 Nº 7-30 Soacha					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	9
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Soacha 09/01/2026

Angela Patricia Vaca

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública | sigep II

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1010176326 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 36 A 15 A 34 TORRE 10 APTO 203 CUIDAD VERDE TELÉFONO: 3228574117

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN SEBASTIAN RUIZ VACA	1024541163	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **X** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$12.578.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$12.578.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO AV VILLAS	CUENTA DE AHORROS	71376491	SOACHA	1.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
JUAN SEBASTIAN RUIZ	MANUTENCION	700.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA	
Angela Patricia Vaca FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	Soacha, 09/01/2026. CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

Soacha,09 de ENERO de 2026

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Ángela patricia vaca Ramírez , identificado(a) con cedula No.1.010.176.326 de Bogotá interesado(a) en la oferta deprestación de servicios de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** , manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (**x**) no (__) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

Atentamente

Angela Patricia Vaca R

C.C._1.010.176.326

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Soacha, 09 de enero 2026

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Ángela Patricia Vaca Ramírez identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.010.176.326 de Bogotá por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SÉPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Angela Patricia Vaca R

C.C. No. 1010176326 De Bogota

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

ARL __COLPATRIA__

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ

N. º Documento: CC 1010176326

Fecha de Nacimiento: 02/05/1988

Dirección: CRA 36ª 15ª 34

Teléfono. Fijo – Celular: 3228574117

E-mail: angelapatricia101004@ hotmail.com

EPS: COMPENSAR

AFP: COLFONDOS

Firma Contratista:

Angela Patricia Vaca R.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ	C.C.	1,010,176,326	16/01/2026

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el jueves 15 de enero de 2026 a las 09:25:37 a. m.

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

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

Soacha 09 de enero de 2026

Señores:

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en micalidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA,sobre la idoneidad de mi título como:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente;

Angela Patricia Vaca R.

N° Documento CC 1010176326

Dirección de contacto CRA 36ª 15ª 34

Teléfono 3228574117

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.

Yo, Angola Patricia Vaca Ramírez _, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1010176326, expedida en Bogotá , en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

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

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – RÉGIMEN SUBSIDIADO – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Para constancia se firma en Soacha, a los enero 2026

Angela Patricia Vaca R

Firma y huella

3228574117

Celular No.

Angela.Patricia101024@hotmail.com

Correo institucional

Soacha, 09 de enero de 2026.

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

Yo ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ, identificado con C.C. 1.010.176.326, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,

Angela Patricia Vaca R
C.C. 1.010.176.326

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	21/2/21	Sinovac	E2021 02011	ESE Municipal	Ramon Pastoza	03367342
	2	29-4-21	Sinovac.	K2021 03111.	ESE municipal.	Angela.	34673616

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1						
	2						
		21/02/22	Pfizer	210961	ESE Municipal	carlos Ramirez	79831997

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Angela Patricia
Apellidos: Vaca Ramirez
Documento de identidad: C.C. / T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1010176326
Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 05 Año 1988

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Angela patricia
Apellidos: Vaca Ramirez
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1010176326
Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 05 Año 1988

3214325443

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	Febr-1-16	02266	EDT M1
	4	Agosto 29-16	02277	Yenny A
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2	29-03-16	Vacuna	
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Febrero 2015	15000 USESE		
Contra Influenza	15-09-16	N3687	O	Yenny A
Otras VPH	Mayo 5-2016		EDT Municipal	Olga C

Certificado de Vacunación

AVENIR VACUNACIÓN

Institución:

Nombre: Angela Patricia VACA

Identificación: 1010176326 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HepAB	1 Na	30-12-20	AHBVC828AB	
HepAB	2da	05-02-21	AHBVC828AB	
HB	3ERD	30-JUN-21	AHBVC828AB	

Cortesía de Sanofi Pasteur

Postulina 30-10-10

Certificado de Vacunación

compensar | salud

Institución:

Nombre: Angela Patricia Vaca

Identificación: 1010176326 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hepatitis B	4	15 DIC 2022	Dela 22050042 2D	Gracielas

Cortesía de Sanofi Pasteur

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 5994620-2cc3-42b1-9e68-a91d712b2367

Nombres y apellidos / Full name: **ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 1 0 1 7 6 3 2 6**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **02/05/1988**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3228574117**

Correo electrónico / e-mail: **Angelapatricia101004@hotmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
9 años	VPH	Primera	22	11	2014		J005989	SOHACHA GRUPO EXTRAMURAL	
Sin rango de edad	TD Adulto	Primera	12	2	2015		28177763	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE COMP	Carolina León Gualdrón Carolina León Gualdrón
Sin rango de edad	TD Adulto	Segunda	17	6	2015		282031455	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE COMP	Carolina León Gualdrón Carolina León Gualdrón
Sin rango de edad	TD Adulto	Tercera	1	2	2016		D2226	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE COMP	CAROLINA TORRES
Sin rango de edad	TD Adulto	Cuarta	29	8	2016		D22017031	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE COMP	Carolina León Gualdrón Carolina León Gualdrón
12 meses	Fiebre amarilla	Única	5	4	2017		167VFC030Z	SOACHA ESE HOSPITAL MARIO GAIT	
6 meses	Sarampión - Rubéola	Adicional	7	11	2018		0128W1300Z	SOACHA ESE HOSPITAL MARIO GAIT	Paola Quecan
Sin rango de edad	TD Adulto	Quinta	16	7	2020		233804	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE COMP	Carolina León Gualdrón Carolina León Gualdrón
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Primera	20	3	2021	Sinovac	E202102011	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE SAN MARCOS	MABEL ANDREA JEREZ CASTRILLON
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Segunda	29	4	2021	Sinovac	K202103011	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE SAN MARCOS	ANGELA MARIA CARMONA CANO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica quelos datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

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

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

The Mnistery of Health and Social Protection certifiesthat the informatión in this documentwas extractedfrom **PAIWEB**, according the Wide **Program ofInmunization - PAI** (by its acronym in spanish: ProgramaAmpliado de Inmunización)

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

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

MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL

Dr JOSE WILSON CRISTANCHO RISCANEVO

Médico cirujano- UNIV. JUAN N. CORPAS – Especialista en Salud Ocupacional-RSS C/MARCA 257540531501- Lic. Salud Ocupacional RES N°4331 DE 25/04/2017 RUT 79670821-1

Consecutivo: 829

Nombre: ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ

Identificacion: CC 1010176326 **SCANEAR**

Empresa: INDEPENDIENTE

Cargo a desempeñar AUXILIAR DE ENFERMERIA

Edad: 36 años y 10 meses. Fecha nacimiento: 02/05/1988

Examen para: INGRESO **Fecha Valoración:** **miércoles 9 de abril de 2025**

CONCEPTO DE APTITUD PARA LABORAR

Concepto de Aptitud:	*APTA(O):Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: AUXILIAR DE ENFERMERIA*
Tipo de cargo:	*OPERATIVO*
Apoyo diagnóstico:	*VISIOMETRIA.*

RECOMENDACIONES

1. *Pausas activas/utilizar EPP/Estilos de vida saludable/Higiene postural.*
2. *Uso de Corrección Optica para Laborar.*
3. *Valoración por nutrición de EPS.*
4. *P.V.E Riesgo Biologico*
5. *Cuidados e higiene de la voz.*
6. *Buenas practicas mecanicas para la movilización, elevacion, carga y descarga de pesos superiores a 12 kilos.*

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

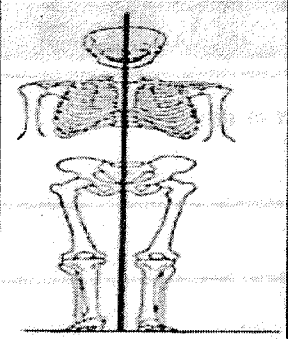
A PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR VALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (art 4). RES 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL ERTIFICADO MEDICO. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 2005 CONCEPTO EMITIDO APLICANDO LOS CRITERIOS DEL DECRETO 636 DE 2020 ARTICULO 05 Y 6, EMERGENCIA SANITARIA SARAS COV-2 Lic. alud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017 Este es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación escaneando el QR o a los eléfo. 410171 WhatsApp 3003817785 con N° Consecutivo.

CARRERA 6 # 13A-15 SOACHA- SAN LUIS TELEFONOS:601- 8410171 - 3003817785 laboratorioclinicosoacha@gmail.com

Dr. Wilson Cristancho
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laboales
Derecho laboral
C.C. 79.670.821
L.S.O. 4331 25 Abril 2017

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
DR JOSE WILSON CRISTANCHO RISCANEVO
Lic. Salud Ocupacional RES N°4331 DE 25/04/2017

FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 1010176326

	Articulación a evaluar	ROM	CONCEPTO VALORACION
Concepto articular	COLUMNA VERTEBRAL	FLEXIÓN	VALORACION CERVICAL SIN ALTERACIONES/ DORSOLUMBAR Y SACRA SIN ALTERACIONES
		EXTENSIÓN	VALORACION CERVICAL SIN ALTERACIONES/ DORSOLUMBAR Y SACRA SIN ALTERACIONES
	MIEMBROS SUPERIORES	SIN ALTERACIONES FLEXION/EXTENSIÓN	
	MIEMBROS INFERIORES	SIN ALTERACIONES FLEXION/EXTENSIÓN	
Desempeño muscular	**Fuerza (f) y retracción (R) muscular**	**GENERAL**	**CALIFICACIÓN FUNCIONAL**
			NORMAL
		**LATERAL**	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
		FRONTAL	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
		POSTERIOR	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
VALORACION OSTEOMUSCULAR: Normal	Alcanza la amplitud total disponible de movimiento contra la gravedad y es capaz de mantener una resistencia máxima.		

Nombre: ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ **Consecutivo:** **829**

Identificacion: 1.010.176.326 EDAD: 36 años y 10 meses.

AGUDEZA VISUAL

OD L 20/20 OI L 20/20

NORMAL NORMAL

VALORACION TABLA DE SNELLEN *FILAS DE 1 AL 14*

USO DE CORRECION OPTICA/ CONTROL ANUAL

ISS C/MARCA 257540531501- Lic. Salud Ocupacional RES N°4331 DE 25/04/2017 RUT 79670821-1

DR JOSE WILSON CRISTANCHO RISCANEVO

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa
Instituto Técnico Grancolombiano

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura de Soacha
según Resolución No. 059 del 4 de Diciembre de 2003

Confiere a

Ángela Patricia Vaca Ramírez

880502-64798 Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994,
según los planes y programas vigentes.

Rector

Julio César Reyes Escobar

Secretaria

Jeimmy Patricia Vargas Gómez

Libro de Registro No. 01
Acta No. 02 Folio No. 02

Dado en Soacha - Cundinamarca, el día 11 de Diciembre de 2004

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
INSTITUTO TÉCNICO GRANCOLOMBIANO

Soacha - Cundinamarca
Jornada Mañana
Transv. 8 No 3-67 Tel.: 208 31 68

148
INSCRIPCIÓN S. E.

325754004050
INSCRIPCIÓN DANE

En Soacha -Cundinamarca, a los 11 días del mes de diciembre del año 2004 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos(as) de ultimo grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TECNICO GRANCOLOMBIANO, Jornada Mañana. Institución aprobada hasta nueva determinación en el nivel de Educación Media Académica. Aprobado por la Secretaría de Educación de Soacha - Cundinamarca para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución No. 059 del 04 de Diciembre de 2003.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el

TÍTULO DE
BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación

Ángela Patricia Vaca Ramírez

880502-64798 Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 02, folio No. 02 de fecha Diciembre 11 de 2004, que consta de 31 alumnos(as); comienza con el nombre de **Abril Santamaria Sergio Andrés** y cierra con el nombre de **Vaca Ramírez Ángela Patricia**.

Firmado y sellado por:

JULIO CÉSAR REYES ESCOBAR — Rector y
JEIMMY PATRICIA VARGAS GÓMEZ — Secretaria

Dado en Soacha - Cundinamarca, a los once (11) días del mes de Diciembre del año 2004

Firmada y Sellada

JULIO CÉSAR REYES ESCOBAR
Rector
C. C. No. 19.273.199 de Bogotá

JEIMMY PATRICIA VARGAS GÓMEZ
Secretaria
C. C. No. 52.236.377 de Santafé de Bogotá

Nota: Según Decreto No. 1024 del 15 de Abril de 1982. No requiere autenticación de firmas

ESCUELA DE SALUD
TERESA DE CALCUTA

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo Nº 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento Nº 019 del 07 de mayo de 2004, Emanada de la Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca).

ACTA GENERAL Nº 005

En Soacha (Cundinamarca) el día 23 de junio del año 2006,
se reunieron en el aula multiple de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta,
la Representante Legal, la Directora General, La Directora Académica y el cuerpo de docentes.
Previo juramento de rigor se le hizo entrega a:

ACTA INDIVIDUAL Nº 165

Vaca Ramírez Angela Patricia

C.C. 1.010.176.326 de Bogotá, D.C.

El Certificado que lo(a) acredita como:

APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO
AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley

Para constancia se firma la presente en Soacha, (Cundinamarca)
a los 15 días del mes de Diciembre del año 2006

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

ROSMY ANDREA CUADROS GERENA
Directora Académica

Cra. 7 Nº 16-35 Tel.: 781 40 19 SOACHA (CUNDINAMARCA)

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo Nº 056 del 17 de Diciembre de 2003
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento Nº 019 del 7 de mayo de 2004
emanada de la Secretaría de Educación de Soacha (Cundinamarca)

CERTIFICA

QUE: *Vaca Ramírez Angela Patricia*

Curso y aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley.
Con una intensidad de 1800 horas.

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Técnico

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

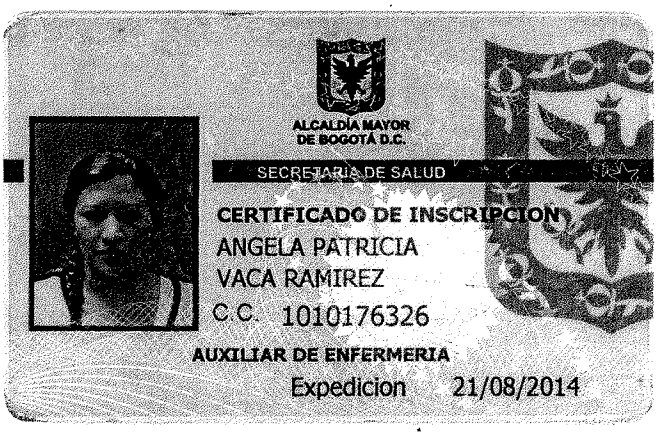
Jenny Marcela Galindo
Representante Legal

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

ROSMY ANDREA CUADROS GERENA
Directora Académica

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los 15 días del mes de diciembre de 2006
Anotado en el Folio 165 del Libro 1 del registro de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
RECONOCE ESTE TITULO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES
BOGOTA - 5 Marzo - 2007
RESOLUCION Nº 250908



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ANGELA PATRICIA
VACA RAMIREZ
C.C. 1010176326

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 21/08/2014

IDentico S.A.S

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 - 0900 DE 2007

(05 MAR 2007)

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

LA SECRETARIA DE SALUD

en uso de sus facultades legales conferidas por la Resoluciones Nos.0285 de febrero 7 y 8211 de 15 de julio de 1989 y el Decreto No. 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

Que **ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No.1.010.176.326 DE LA CADELARIA, BOGOTA, D.C.,** solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA,** que le otorgó **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA, SOACHA- CUNDINAMARCA, SEGUN ACTA GENERAL No. 005 DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 2006.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA,** conferido a **ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No.1.010.176.326 DE LA CADELARIA, BOGOTA, D.C.,** que le otorgó **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA, SOACHA- CUNDINAMARCA, SEGUN ACTA GENERAL No. 005 DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 2006.**

PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional.

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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE 05 MAR 2007

Dada en Bogotá D. C., a los

NUVIA CASTAÑEDA GONZALEZ

Vo.Bo. MARIA ISABEL SERRANO RANGEL
Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos

Vo.Bo. ADRIANA MARCELA GAITAN RODRIGUEZ
Dirección Desarrollo de Servicios

CONSUELO G. DE LAZARO

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

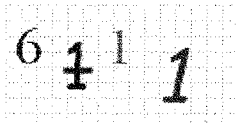
Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
1010176326

Primer Nombre
angela

Primer Apellido
vaca

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3365

Limpiar

Resultado General -2026-01-06→10:47:38 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1010176326	ANGELA	PATRICIA	VACA	RAMIREZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ identificado(a) con CC 1010176326 registra La siguiente información:

2026-01-06→10:47:38 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

AUX	**Local**	**Auxiliar de enfermería**	**2007-01-31**	**908**	**DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**

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

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

AJUDISP

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

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

CERTIFICA:

QUE: **ANGELA PATRICIA VACA RAMÍREZ**

C.C: 1010176326 De Bogotá

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE AGENTES QUÍMICOS

INTENSIDAD DE 20 HORAS

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

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

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

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 07 DEL MES DE FEBRERO DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

AJUDISP

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

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

CERTIFICA:

QUE: **ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ**

C.C : 1010176326 DE BOGOTA

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO BASICO DE

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

INTENSIDAD DE 40 HORAS

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

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

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

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 08 DIAS DEL MES DE ABRIL DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

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

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

CERTIFICA:

QUE: **ANGELA PATRICIA VACA RAMÍREZ**

C.C: 1010176326 De Bogotá

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

GESTIÓN DEL DUELO

INTENSIDAD DE 20 HORAS

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

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

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

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 07 DEL MES DE FEBRERO DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Angela Patricia Vaca Ramirez

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: abril 8, 2025

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Angela Patricia Vaca Ramirez

Realizó la capacitación de:

SEGREGACIÓN ADECUADA DE RESIDUOS

LAURA FERNÁNDEZ GARCÍA
CAPACITADOR

DR. DIEGO ALEJANDRO GARCÍA LONDOÑO
GERENTE

Fecha de Emisión: abril 8, 2025

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
Sin Convenio
SECRETARIA DE EDUCACION
S-2023-4450

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

CERTIFICA:

QUE: ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ

C.C : 1010176326 DE BOGOTA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

MANEJO CLINICO DEL DENGUE Y FIEBRE AMARILLA

INTENSIDAD DE 40 HORAS

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

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

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

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 13 DIAS DEL MES DE MAYO DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

Hospital
Mario Gaitán Yanguas

CONTRATACION
SOACHA – CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3

CERT- 699-2024

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA

Que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la **E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS de SOACHA,** cambio de razón social a apartir del primero (01) de julio de 2022 a **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA,** coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la Institución, manteniendo la misma persona juridica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado.

Que una vez revisada la base de datos que se encuentra en la oficina de Contratacion, archivos de Gestión y archivo central de la Institución, se constata que la señor (a), **ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ,** Identificado (a) con cédula de ciudadania N° **1.010.176.326,** suscribió el siguiente contrato de prestación de servicios con La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA:**

N° CONTRATO	OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
475-2016	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA.	$ 4,506,000,00	17/06/2016 HASTA 30/09/2016
1304-2016	PRESTACION DE SERVICIOS COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBEGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	$ 2,166,666,00	02/11/2016 HASTA 31/12/2016
278-2017	VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	$1.300.000,00	01/01/2017 HASTA 31/01/2017
495-2017	VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	$7.800.000,00	01/02/2017 HASTA 31/07/2017
685-2017	PRESTACION DE SERVICIOS COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	$5.850.000,00	01/08/2017 HASTA 15/12/2017
447-2018	PRESTACION DE SERVICIOS COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	$ 1,950,000.00	16/01/2018 HASTA 28/02/2018
725-2018	PRESTACION DE SERVICIOS COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	$ 2,600,000.00	1/03/2018 HASTA 30/04/2018
1141-2018	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	$ 9,966,667.00	2/05/2018 HASTA 31/10/2018
1457-2018	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES ,COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI ATRAVES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO. 348 ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA.	$ 1,810,000.00	3/08/2018 HASTA 31/08/218
280-2019	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI EN REALIZACION DE ACTIVIDADES DE VACUNACION EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	$ 14,950,000.00	2/01/2019 HASTA 15/12/2019
582-2019	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO ENCUESTADOR APOYANDO A "REALIZAR LA EVALUACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA VIGENCIA 2019, A TRAVÉS DE LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO. 467 ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA.	$ 4,000,000.00	9/05/2019 HASTA 08/07/2019
338-2020	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	$ 1,300,000.00	02/01/2020 HASTA 31/01/2020
459-2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, EN EL ÁREA ASISTENCIAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.	$15.360.000,00	26/02/2024 HASTA 30/09/2024
712-2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROCESO DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL EN DESARROLLO DE LA RESOLUCION 1032 DE 2024 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL POR LA CUAL SE EFECTUA UNA ASIGNACION DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DE GASTO DE FUNCIONAMIENTO, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD A TRAVES DE LA CONFORMACION Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD	$12.000.000,00	16/07/2024 HASTA 19/12/2024

Se expide en Soacha cundinamarca, a los Veintitrés (23) Dias del mes de diciembre de 2024

Dr. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
Sub Gerente Administrativo y financiero.

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

Powered by CamScanner

Bienvenido al menú principal

ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ

Rol seleccionado:
Persona Natural

Mi Entidad Promotora de Salud:
COMPENSAR
Régimen contributivo - cotizante

ACTUALIZAR MI INFORMACIÓN DE CONTACTO

MI BUZÓN DE NOVEDADES

Lea atentamente las instrucciones

- Para visualizar sus opciones, escriba en "¿Qué está buscando?" el nombre de la novedad, registro o consulta que desea realizar. Si desconoce el título de lo que busca, también podrá digitar una palabra clave.
- Una vez aparezca el resultado de la búsqueda, tendrá a su disposición un video tutorial en la opción "Ver tutorial" o el manual de usuario en "Leer manual", estas ayudas le facilitarán tanto las consultas como los reportes de información que vayas a realizar en el sistema. Inicie el proceso en la opción "Comenzar"

¿Qué está buscando?

¿Qué está buscando?

Funcionalidades destacadas

Actualización datos complementarios

Actualice sus datos complementarios.

COMENZAR

Inclusión de beneficiarios

Agregue nuevos integrantes en su grupo familiar

COMENZAR

Afiliación al régimen contributivo como independiente

Reporte aquí que cuenta con condiciones para pertenecer al régimen contributivo

COMENZAR

Afiliación - Perfil: Afiliado

Mis intervenciones en salud

Consulte las atenciones que su EPS debe garantizarle de manera obligatoria para mantener su estado de salud

COMENZAR VER TUTORIAL LEER MANUAL

Afiliación - Perfil: Afiliado

Solicitud de afiliación al Sistema General de Pensiones

Permite registrar una solicitud de afiliación al Sistema General de Pensiones

COMENZAR VER TUTORIAL LEER MANUAL

Afiliación - Perfil: Afiliado

Mi relación de afiliaciones a Cesantías

Consulta el histórico de cesantías

COMENZAR VER TUTORIAL LEER MANUAL

Afiliación - Perfil: Afiliado

Mi relación de Pensiones