| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO:** Gerencia de Talento humano | CÓDIGO | TH_FTO_10 |
| | | VERSIÓN | 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:** Johana Patricia Caguera

**CARGO:** Auxiliar de Enfermera

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CUMPLE | | | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | N/A | |
| | **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) | ✓ | P | | |
| 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, 16 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: JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERA

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

Cordialmente,

JOHANA PATRICIA CERQUERA.

JOHANA PATRICIA
CERQUERA BERMUDEZ
CC: 52.841.398
Dirección: KR 13No 5-55 TORRE 12 APT 501
Email: daniel2016johana@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3204093726

# Johana Patricia Cerquera Bermúdez

*KR 13 Nº 5-55 RESERVA DE TIERRA BLANCA Soacha*

*Celular: 3204093726*

daniel2016johana@gmail.com




## *Datos Personales*

| | |
|---|---|
| *Cédula de ciudadanía* | *52841398 de Bogotá* |
| *Nacionalidad* | *Colombiana* |
| *Fecha de Nacimiento* | *julio 17 de 1981* |
| *Edad* | *43 años* |
| *Estado Civil* | *unión libre* |

## *Perfil*

*Soy una persona activa y decidida, con entusiasmo, inteligente y muy completa para desarrollar el trabajo encomendado completando a cabalidad las tareas asignadas dando lo mejor de mí. Capaz de trabajar bajo presión y acatar órdenes adecuadamente.*

## Estudios Realizados

| | |
|---|---|
| *Estudios primarios* | *INSTITUCION EDUCATIVA COMPARTIR 1993-SOACHA* |
| *Estudios secundarios* | *COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO COMPARTIR 1999 SOACHA* |
| *Estudios técnicos* | *INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD SAN IGNACIO 2000-2002 BOGOTA (Técnico en auxiliar de enfermería) Culminado* |
| *CURSOS* | *CENTRO DE FORMACION EN SALUD SENA (Manejo de la vacuna contra el COVID 19)* |
| | *Soporte vital básico* |
| | *Atención a víctimas de violencia* |
| | *Toma de muestra de laboratorio* |
| | *Vacunación Pai* |

## *Experiencia Laboral*

***Serlefin BPO&O***

***Fecha de ingreso:*** *julio 01 del 2011*
***Fecha de retiro:*** *junio 23 del 2017*
***Cargo desempeñado:*** *auxiliar administrativo*
*(En el área de RRHH)*
***Jefe inmediato****: Leidy cárdenas*
***Teléfono:*** *7431238 ext. 1074*

***Ese Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza***
***Fecha de ingreso:*** *el 16 de julio 2021*
***Fecha de retiro:*** *el 31 de diciembre 2023*
***Cargo desempeñado:*** *auxiliar de enfermería*
*(En el área de Salud Pública programa alternancia COVID 19, salud sexual y reproductiva y pic)*
***Jefe inmediato:*** *Jeimmy Vargas*
***Teléfono:*** *7293922 ext 106*

***Ese Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza***
***Fecha de ingreso:*** *el 08 de marzo 2024*
***Fecha de retiro:*** *el 03 de agosto 2024*
***Cargo desempeñado:*** *auxiliar de enfermería*
*(En el área de Salud Pública programa ebs)*
***Jefe inmediato:*** *Jeimmy Vargas*
***Teléfono:*** *7293922 ext 106*

***Ese Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza***
***Fecha de ingreso:*** *el 02 de septiembre 2024*
***Fecha de retiro:*** *el 31 de diciembre 2024*
***Cargo desempeñado:*** *auxiliar de enfermería*
*(En el área de Salud Pública programa ebs)*
***Jefe inmediato:*** *Jeimmy Vargas*
***Teléfono:*** *7293922 ext 106*

***Ese Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza***
***Fecha de ingreso:*** *el 01 de abril 2025*
***Fecha de retiro****:20 de enero del 2026*
***Cargo desempeñado:*** *auxiliar de enfermería*
*(En el área de Salud Pública programa PIC)* ***Jefe inmediato:*** *Katherine Ariza*
***Teléfono:*** *7293922 ext 106*

***Referencias Personales***

*Jimmy Alejandro Sánchez*
*Operario de Maquinas de perforaci*
*313869283*

***Referencias Familiares***

*María Rosalba Bermúdez*
*Ama de casa*
*3229337788*

*Jaime Alberto Cerquera*
*Mecánico de Montacargas*
*3102138362*

JOHANA PATRICIA CERQUERA

*Johana Patricia Cerquera Bermúdez*
*C.C. N.° 52841398 de Bogotá*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52841398**

**CERQUERA BERMUDEZ**
APELLIDOS

**JOHANA PATRICIA**
NOMBRES

JOHANA CERQUERA
FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1981
**SANTAFE DE BOGOTA DC**
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.48 | A+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

07-ENE-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500108-45080671-F-0052841398-20000913 19831 00245G 02 089751060

Powered by CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 289596188

PIB
16:17:41


Bogotá DC, 22 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) JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52841398:

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 jueves 22 de enero de 2026, a las 16:18:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 52841398 |
| Código de Verificación | 52841398260122161848 |

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 04:19:52 PM horas del 22/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52841398**
Apellidos y Nombres: **CERQUERA BERMUDEZ JOHANA 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.

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 22/01/2026 04:21:40 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52841398** y Nombre: **JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ.**

## 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. **133249341** . 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 52841398 **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 22/01/2026 04:24 PM

Código Verificación: **W6BVE1QLHD**

Válida hasta: **22/04/2026**

---

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 20:45:45 horas del 15/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52841398,** Apellidos y Nombres **CERQUERA BERMUDEZ JOHANA PATRICIA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Empresa Social del Estado Region de Salud Soacha**, con NIT **800006850-3** 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

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

## información del usuario



| | |
|---|---|
| **Género** | Mujer |
| **Carga** | TECNICO EN AUX DE ENFERMERIA |
| **título** | |
| **Nombre** | JOHANA PATRICIA |
| **Apellidos** | CERQUERA BERMÚDEZ |
| **Fecha de nacimiento** | 17/07/1981 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Nombre y apellido** | JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMÚDEZ |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **numero de documento** | 52841398 |
| **direccion** | CR 13 N 5-55 TORRE 12 APT 501 |
| **codigo postal** | |
| **Estrato** | 3 |
| **Ubicación** | Soacha |
| **pais** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | joha6@hotmail.com |
| **Telefono** | |
| **celulares** | 3204093726 |
| **Nivel Educativo** | Técnica o tecnológica completa (con o sin título) |

## Configuración

| | |
|---|---|
| **zona horaria** | (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |
| **Idioma** | Español (Colombia) |
| **Configuracion regional** | Español (Colombia) |

## seguridad de la informacion

| | |
|---|---|
| **pregunta de seguridad** | ¿Cuál es su número de teléfono? |
| **Respuesta** | 3204093726 |
| **SMS para recuperar la contraseña** | 3204093726 |

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141169109641

(415)7707212489984(8020) 000014116910964 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 5 2 8 4 1 3 9 8 | 3 | Impuestos de Bogotá | 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 52841398 | |

| 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 |
|---|---|---|---|
| CERQUERA | BERMUDEZ | JOHANA | 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 13 5 55 BRR VIA INDUMIL

42. Correo electrónico joha6@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 2 5 0 0 5 1 | 3 2 0 4 0 9 3 7 2 6 | |

## 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 6 9 9 | 2 0 2 1 0 7 1 2 | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] 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 CERQUERA BERMUDEZ JOHANA PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 17-01-2026 08:13:13AM

| REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 06/07/2022 |

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

| FECHA: | 2006-01-16 | CIUDAD: | SOACHA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

| PROVEEDOR | | PARTICULAR | | CONTRATISTA OPS | X | SERVIDOR PUBLICO | | OTRO | | CUAL: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| CERQUERA | BERMUDEZ | JOHANNA | PATRICIA |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C X | C.E. | R.C. | NUIP | 52841398 | BOGOTA | 2000-01-07 |
| PASAPORTE | | OTRO | CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1981-07-17 | BOGOTÁ | COLOMBIA | COLOMBIANA |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE X VIUDO(A) | 1 | 1 | 3204093726 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| KR 13 No 5-55 TORRE 12 APT 501 | SOACHA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 3204093726 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| daniel2016johana@gmail.com | N/A | PROPIA X | FAMILIAR | ARRENDADA |

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

**2. DATOS DEL CONYUGE**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| SANCHEZ | FORERO | JIMMY | ALEJJANDRO |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C X | C.E. | R.C. | NUIP | 80222697 | BOGOTA | 2001/22/01 |
| PASAPORTE | | OTRO | CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO | |

**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 | | IVA | | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | | SI | NO X | 8699 | |
| | | NO X | ICA | SI | NO X | PRINCIPAL: X | SECUNDARIA: |

| GRAN CONTRIBUYENTE | | AGENTE RETENEDOR | | AGENTE AUTORETENEDOR | |
|---|---|---|---|---|---|
| SI | NO X | | SI / 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 | | | | | | | | | | | | # NIT | 800006850-2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXPORTACIONES | AGRICOLA | ENERGETICA | FINANCIERA | TRANSPORTE | TECNOLOGICA | ALIMENTOS | MEDICAMENTOS | GOBIERNO | SERVICIOS | SALUD X | | | |
| OTRA | CUAL: | | | | | | | | | | | | |

| REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 06/07/2022 |

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

| CARGO ACTUAL | AUXIIAR DE ENFERMERIA | FECHA VINCULACION | ene-26 |
|---|---|---|---|

**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 | $ 2,000,000 | GASTOS FAMILIARES | $ 2,000,000 | AHORROS | $ 0 | SALDO HIPOTECA | $ 0 |
| HONORARIOS | $ 0 | ARRIENDOS | $ 0 | INVERSIONES | $ 0 | TARJETAS DE CREDITO | $ 0 |
| ARRIENDOS | $ 0 | CUOTA VEHICULO | $ 0 | VEHICULOS | $ 0 | DEUDA VEHICULOS | $ 0 |
| COMISIONES | $ 0 | CUOTA VIVIENDA | $ 0 | PROPIEDADES | $ 0 | DEUDAS TERCEROS | $ 0 |
| OTROS INGRESOS* | $ 0 | OTROS EGRESOS* | $ 0 | OTROS ACTIVOS* | $ 0 | OTROS PASIVOS* | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS** | **$ 2,000,000** | **TOTAL EGRESOS** | **$ 2,000,000** | **TOTAL ACTIVOS** | **$ 0** | **TOTAL PASIVOS** | **$ 0** |

| 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 |
|---|---|---|---|
| SANCHEZ | FORERO | VIVIANA | |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| CLL 45 No 19 B 17 B | SOACHA | AMIGA | 3219144478 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| BANCO CAJA SOCIAL | 24106988888 | | SOACHA | 3204093726 |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ ☒

| 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: CUAL:

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

**8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

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

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

**9. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

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

| REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 06/07/2022 |

**1.** Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) dias, 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 articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
**3.** Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
**4.** Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

**AUTORIZACION**

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

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

**3.** USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
**4.** TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
**5.** DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
**6.**DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal 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

**Firma Cliente / Representante Legal**

**Huella Índice Derecho**

E.P.S. Sanitas

Sanitas Internacional

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Johana Patricia Cerquera Bermudez, identificado(a) con CC número 52841398, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 52841398 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Johana Patricia Cerquera Bermudez |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 17/07/1981 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 15/05/2008 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 528 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 51 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 28/05/2023 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 52841398 JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ Desde 01/04/2025 - Vigente

Generado por interfaces 11/01/2026

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 900.124.004-4

# CERTIFICA QUE:

**JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.841.398**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

FORMATO COMPLETO

# 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 |
|---|---|---|
| CERQUERA | BERMUDEZ | JOHANNA PATRICIA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 52841398 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 17 MES 07 AÑO 1981 | CARRERA 13N - 5 - 55 torre 12 apt 501 | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | CUNDINAMARCA |
| DEPTO | BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO | SOACHA | | |
| MUNICIPIO | BOGOTÁ. D.C. | TELÉFONO | 3204093726 | EMAIL | daniel2016johana@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | EDUCACION MEDIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 10 | AÑO | 2001 |

***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).

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| AJUDISP | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20 | X | | VACUNACION PAI | 07 | 2022 |

FORMATO COMPLETO

# 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 |
| AJUDIPS | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20 | X | | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO | 07 | 2022 |
| AJUDISP | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20 | X | | ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | 07 | 2022 |
| INSTITUTO DE AUXILIARES DE SALUD SAN IGNACIO | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | | X | | TECNICO EN AUX DE ENFERMERIA | 01 | 2002 |

## 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<br>ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | | PÚBLICA | | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CUNDINAMARCA | MUNICIPIO<br>SOACHA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>7293922 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 16 | Mes | 05 | Año | 2023 | Día | 31 | Mes | 08 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA | DEPENDENCIA<br>AREA DE LA SALUD PUBLICA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 2 12 38 | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7293922 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 01 | *Año* | 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 03 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXIIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>ACCIONES EN SALUD PUBLICA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 2 - 12 38 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7293922 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 17 | *Mes* | 11 | *Año* | 2022 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AAUXIIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>ACCIONES EN SALUD PUBLICA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 2 - 12 38 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 09 | *Año* | 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUX DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>ACCIONES EN SALUD PUBLICA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 12 - 2 38 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7293922 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 07 | *Año* | 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUX DE ENFEREMERIA | *DEPENDENCIA*<br>ASLUD PUBLICA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 2 - 12 38 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 01 | *Año* | 2022 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILA DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE GESTION EN SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PAÑALOZA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7293922 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 07 | *Año* 2021 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>crarrera 2 #12-38 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SERLEFIN | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>AGUA DE DIOS | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7431238 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* 2011 | *Día* | 23 | *Mes* | 06 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 72 N °5 83 | | | | | |

## 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 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 7 | 3 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 3 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO COMPLETO

# 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 16/1/2026

JOHANA PATRICIA CERQUERA.

*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

| ENTIDAD RECEPTORA |
| --- |
| HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA |

**Período Declarado:** 01/01/2025 - 31/12/2025

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JOHANNA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 52841398 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 13N - 5 - 55 torre 12 apt 501 TELÉFONO: 3204093726

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
| --- | --- | --- |
| DANIEL ALEJANDRO SANCHEZ CERQUERA | 1032498862 | HIJO(A) |
| MARIA ROSALBA BERMUDEZ ALVARADO | 39634454 | MADRE |

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
| --- | --- |
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $18.000.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0 |
| TOTAL | $18.000.000 |

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 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| | CUENTA DE AHORROS | 24106988888 | CC VENTURRA | 0 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
| --- | --- | --- |
| | KR 13 No 5-55 TORRE 12 APT 501 | 55.000.000 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
| --- | --- | --- |

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

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

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

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

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

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | N° |
| --- | --- | --- |
| JIMMY ALEJANDRO SANCHEZ FORERO | C.C. **X** C.E. T.I. | 80222697 |

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
|---|---|
| | |

## 3. FIRMA

JOHANA PATRICIA CERQUERA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha 16/1/26

CIUDAD Y FECHA

| REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: Gerencia del talento humano | CÓDIGO | TH_FTO_13 |
| | | VERSIÓN | 00 |
| | | VIGENCIA | 05/07/2022 |

Soacha, 16 de ENERO de 2026

## NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ, identificado(a) con cedula No.52.841.398 de, BOGOTA interesado(a) en la oferta deprestación de servicios de: AUX DE ENFERMERA, 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,

JOHANA PATRICIA CERQUERA.

C.C. 52841398.

**Soacha, 16 de ENERO 2026**

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

Yo JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ identificado (a) con Cedula de ciudadanía No.52.841.398 de B O G O T A 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,

JOHANA PATRICIA CERQUERA.
C.C. No. 52841398. De Bogota.

| 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: | JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ |
| N.° Documento: | 52.841.398 |
| Fecha de Nacimiento: | 17/07/1980 |
| Dirección: | KR 13No 5-55 TORRRE 12 APT 501 |
| Teléfono. Fijo – Celular: | 3204093726 |
| E-mail: | daniel2016johana@gmail.com |
| EPS: | SANITAS |
| AFP: | PORVENIR |
| Firma Contratista: | JOHANA PATRICIA CERQUERA. |

**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.**

ARL | sura

Medellín, 13 de febrero de 2026

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

## CERTIFICA:

Que JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52841398 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 14/02/2026 **Fecha fin cobertura:** 31/08/2026

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850**

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

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

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

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

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3861001

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

## Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10721903192604433969

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/02/2026 9.26 AM

ARL | sura

Medellín, 13 de febrero de 2026

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

## CERTIFICA:

Que JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52841398 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 31/01/2026 **Fecha fin cobertura:** 31/08/2026

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850**

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

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%
**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

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

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3861001
**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

## Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C107219031926044339 69

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/02/2026 9.26 AM

ARL | sura

Medellín, 13 de febrero de 2026

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

## CERTIFICA:

Que JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52841398 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 31/01/2026 **Fecha fin cobertura:** 31/08/2026

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850**

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

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

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

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

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3861001

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

## Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10721903192604433969

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/02/2026 9.26 AM

Dirección IP: 38.52.157.29, 192.230.104.14, 172.16.42.57

| REGION DE SALUD SOACHA | AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: Gerencia del talento humano | CÓDIGO | TH_FTO_31 |
| | | VERSIÓN | 00 |
| | | VIGENCIA | 5/07/2022 |

Soacha 16 DE ENERO DE 2026

Señores:

INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD SAN IGNACIO

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma JOHANA PATRICIA CERQUERA

N° Documento 52841398

Tarjeta Profesional N°

Dirección de contacto KR B #5-55

Teléfono 3204693776

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

Yo, JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 52.841.398, expedida en BOGOTA, 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 | |
| 2 | APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN:<br>• DATADOC<br>• SIVIGILA<br>• SIVISALA<br>• MANGO<br>• PAI WEB<br>• DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA<br>• PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES | X |
| 3 | FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICAS | |
| 4 | HISTORIAS CLÍNICAS | |
| 5 | BASES DE DATOS SISBEN – RÉGIMEN SUBSIDIADO – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO | |
| 6 | INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL | X |

Para constancia se firma en Soacha, a los 16/01/2026

JOHANA PATRICIA CERQUERA

Firma y huella

3204093726

Celular No.

Correo institucional

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

| REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO DE INHABILIDADES | | |
|---|---|---|---|
| | Proceso: Gestión del Talento Humano | CODIGO | TH_FTO_56 |
| | | VERSION | 00 |
| | | VIGENCIA | 04/05/2023 |

Soacha,16 de ENERO de 2026.

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

Yo JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ con C.C. 52.841.398 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,

JOHANA PATRICIA CERQUERA.
C.C.52.841.398

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 08-08-21 | Moderna | 056D21A | Gran Estación | Jacqueline Castro | 1024[illegible] |
| | 2 | 04/10/21 | Moderna | 939919 | Colsubsidio Gran Estación | Ingrid Bobadilla | 1016512634 |
| | | | | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha DD/MM/AAAA | Fabricante y Lote | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Tetánico Diftérico Td | 1 | 01 OCT 2011 | | |
| | 2 | 07 FEB 2011 | | |
| | 3 | 7 Agosto 2011 | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Fecha DD/MM/AAAA | Fabricante y Lote | Validez | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Observaciones:
CUTA 7 Agosto/2011

| DIFTERIA ☐ TETANO ☐ | | |
|---|---|---|
| Fecha | Dosis | Reacción |
| | | |
| | | |
| | | |

| HEPATITIS B | | |
|---|---|---|
| Fecha | Dosis | Reacción |
| [illegible] | [illegible] | Ord |
| 03-16-00 | 2d. | |
| 05-10-00 | 3d. | |

| OTRAS VACUNAS | | |
|---|---|---|
| Fecha | Dosis | Tipo |
| | | |
| | | |
| | | |

| FIEBRE AMARILLA | | |
|---|---|---|
| Fecha | Dosis | Reacción |
| | | |
| | | |

F-646

**COLSUBSIDIO**
SALUD OCUPACIONAL

**CARNET DE VACUNACION**

NOMBRE: Johana Cerquera

EMPRESA:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO: G.SANGUINEO: RH:

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL INGRESO OTROS



**Fecha:** 14/Ene/2026, **Hora:** 02:43:18 p.m.
**Apellido:** CERQUERA BERMUDEZ
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 52841398
**Direccion:** CRA 13 # 5 55
**Estado Civil:** Union Libre **EPS:** SANITAS

**Empresa:** Particular
**Cargo:** AUXILIAR ENFERMERIA
**IPS que Atendio: , Ciudad de Atención:**

**HC:** # 88046
**Nombre:** JOHANA PATRICIA
**Sexo:** Femenino ♀

**ARL:** SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA

**Ciudad:** SOACHA- CUNDINAMARCA

**Edad:** 44 años

**Rh:** A+
**Nacim:** 17/Jul/1981
**AFP:** PORVENIR

## Examenes Realizados

Enfasis Osteomuscular, Examen Medico Ocupacional Basico, Visiometria.

## Concepto

APTO CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

## Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS
SEGUIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Otras: *CUMPLIR CON LAS NORMAS Y LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*MANTENER UNA ADECUADA POSTURA CORPORAL Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
*REALIZAR ESTIRAMIENTOS REGULARES, Y EJERCICIOS DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA
*DIETA BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y VEGETALES /BUENA HIDRATACION.
* SE SUGIERE USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL CUANDO SEA NECESARIO Y ESTE ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
RESTRICCIONES: DEBE HACER USO DE SU CORRECCION OPTICA PARA REALIZAR TODAS SUS ACTIVIDADES LABORALES.
CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL.

## Observaciones

*Este certificado se emite dando cumplimiento a la resolución 1843 de 2025 emanada del ministerio del trabajo , el titular de este certificado ; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo , a las declaraciones del paciente y las evaluaciones realizadas , la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR ,Se prohibe la alteración parcial o total de la información aqui contenida ya que se pone en riesgo el cuidado en la salud del trabajador* .VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO . *se notificará al ministerio del trabajo cualquier alteración de este documento.*

Tatiana Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 8526/2015
LIC.S.O. 3594/2016

**LADY MARTIN.**
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
**Lic. de S.O #:** 3594/2016
**Registro #:** 8526/2015

JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ
CC 52841398

# Visiometria
## LABORAL INGRESO



**Fecha:** 14/Ene/2026, **Hora:** 02:43:18 p.m.
**Apellido:** CERQUERA BERMUDEZ
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 52841398
**Direccion:** CRA 13 # 5 55
**Estado Civil:** Union Libre **EPS:** SANITAS
**Empresa:** Particular
**Cargo:** AUXILIAR ENFERMERIA
**IPS que Atendio: , Ciudad de Atención:**

**HC:** # 88046
**Nombre:** JOHANA PATRICIA
**Sexo:** Femenino ♀
**ARL:** SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
**Ciudad:** SOACHA- CUNDINAMARCA

**Edad:** 44 años
**Rh:** A+
**Nacim:** 17/Jul/1981
**AFP:** PORVENIR

Antiguedad en la Empresa INGRESO

Antiguedad en el Cargo INGRESO

**Antecedentes**

| Personales | | Familiares | | Laborales | |
|---|---|---|---|---|---|
| Hipertension Arterial | No | Hipertension Arterial | No | | No |
| Diabetes | No | Diabetes | No | | No |
| Hipercolesterolemia | No | Glaucoma | No | | No |
| Glaucoma | No | Cataratas | No | | No |
| Migraña | No | Miopía | No | | No |
| Cataratas | No | Astigmatismo | No | | No |
| Cirugías Oculares | No | Hipermetropía | No | | No |
| Traumas Oculares | No | | | | |
| Cuerpos Extraños | No | | | | |
| Hipermetropía | Si | | | | |
| Astigmatismo | No | | | | |
| Miopía | No | | | | |

**Correccion**

| | |
|---|---|
| Usa Lentes | Si |
| Solo Cerca | No |
| De Contacto | No |
| Solo Lejos | No |
| Permanentes | No |
| Bifocales / Progresivos | Si |
| Presenta corrección óptica durante el examen | Si |

**Evaluacion**

| Agudeza Visual | Vision de Lejos SC | Vision de Cerca SC | VL CC | VP CC | ADD |
|---|---|---|---|---|---|
| O.D. | 20/50 | 0.75M | 20/25 | 0.75M | |
| O.I. | 20/50 | 0.75M | 20/30 | 0.75M | |
| A.O. | 20/50 | 0.75M | 20/25 | 0.75M | |

**Examen Externo**

| Percepcion del Color | | | Convergencia | |
|---|---|---|---|---|
| Percepcion Anormal | No | | Lejos | No |
| | | | Cerca | No |

| Interpretacion | Lejos | | Cerca | |
|---|---|---|---|---|
| | Derecho | Izquierdo | Derecho | Izquierdo |
| Agudeza Visual Normal | | | | |

**Patologia de Refraccion**

Adecuadamente Corregida

Cra. 5 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

Inadecuadamente Corregida

No Corregida

| Interpretacion | Normal | Anormal |
|---|---|---|
| Vision de Profundidad | X | |
| Percepcion de Colores | X | |
| Forias | X | |
| Vision Periferica | X | |

**Concepto**

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

**Recomendaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Debe usar correccion para laborar | Si X<br>No | Valoracion por Optometria | Si<br>No<br>X | Valoracion por Oftalmologia | Si<br>No<br>X | Se recomienda control de Visiometria | en 12 Meses |

**Conducta**

PACIENTE USUARIO DE CORRECCIÓN ACORDE A SU NECESIDAD, REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA REALIZAR TODAS SUS ACTIVIDADES LABORALES USO DE LA CORRECCIÓN PERMANENTE.

RESTRICCIONES: DEBE HACER USO DE SU CORRECCION OPTICA PARA REALIZAR TODAS SUS ACTIVIDADES LABORALES. CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL.

H520 HIPERMETROPIA
H524 PRESBICIA

**LAURA ESTHEFANY RODRIGUEZ GUTIERREZ**
Optómetra
**Registro #:** 1018480774

JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ
CC 52841398

Hue
Digi

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

# Colegio Departamental
# Nacionalizado Compartir

Jornada Tarde

Soacha - Cundinamarca

**Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca**
**Según Resolución No 000727 del 09 de Mayo de 1997**

Confiere a:

## Johana Patricia Cerquera Bermudez

Identificado con T.I. No 810717-09973 De: Santafé de Bogotá

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Rectora

Secretario

Anotado al Folio No. 5 del Libro Para control Interno de Diplomas No. 4

Dado en Soacha (Cundinamarca), a ____ de _____ del año ____

" No requiere registro, según decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 "

Fuente: parte inferior.

# Acta Individual de Grado

## COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO COMPARTIR

Jornada Tarde
Trans 17 No. 5 B - 10 Sur
Telefono 7120443 -7224006
Soacha - Cundinamarca

Inscripcion S.E. 052

Inscripcion Dane 125754032614

En el municipio de Soacha, Cundinamarca, a los 26 dias del mes de Noviembre del año 1999 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rectora y Secretario en la Rectoría del COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO COMPARTIR, Institución aprobada hasta el año 1999 Inclusive en el Nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No 000727 del 09 de Mayo de 1997.

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 TITULO DE BACHILLER ACADEMICO, al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

*Johana Patricia Cerquera Bermudez*
*T.I. 810717-09973 Santafé de Bogotá*

Es fiel copia tomada del Acta original general No.09 del 26 de Noviembre de 1999, que consta de _____ alumnos; que comienza con el nombre de: ACOSTA TEATINO EDISON ENRIQUE y cierra con el nombre de: ZORRO LEIVA YANIRE.

Firmada y sellada por:
Melba Ducuara Morales (Rectora) y Victor Hugo Castellanos A.( Secretario )
Dada en Soacha - Cundinamarca, a los 26 días del mes de Noviembre de 1999.

No requiere ser registrada, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994 del MEN.
(Firmado y sellado)

MELBA DUCUARA MORALES
Rectora
C.C. 20.618.141 Girardot

VICTOR HUGO CASTELLANOS A.
Secretario
C.C. 19.122.924 Bogotá

Laxcómputo Ltda
3379723 - 3649185

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE EL

# INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD

# "SAN IGNACIO"

INSTITUTO DE EDUCACIÓN NO FORMAL

*Aprobado según Resolución No. 2041 del 16 de Junio de 2000 Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.*
*Acuerdo No. 29 del 14 de Octubre de 1998 del Ministerio de Salud*

*Otorga El presente*

## *Certificado de Aptitud Ocupacional Técnico Laboral*

*A:*

# Cerquera Bermúdez Johana Patricia

*C.C. 52,841.398 Santafé de Bogota D.C.*

*Quien cursó y culminó satisfactoriamente el programa de:*

# Auxiliar de Enfermería

*Se firma en Bogotá, D.C. a los 19 días de enero de 2002*

Director General

Directora Administrativa

Directora Académica

Secretaria Académica

*Número de Registro* 0132 *Número de Folio* 01
*Dec. 0921 del 6 de mayo de 1994*

*Bogota, D.C.,* 16 - 10 *de 200* 2.

# INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD
# "SAN IGNACIO" LTDA.

*NIT. No. 830014384-5*

*APROBACIÓN OFICIAL SEGÚN ACUERDO No. 29 DEL 14 DE OCTUBRE DE 1.998 POR EL MINISTERIO DE SALUD, Y RESOLUCIÓN No. 2041 DEL 16 DE JUNIO DEL 2000 POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL.*

## *ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 003*

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los diez y nueve (19) días del mes de enero del año 2002, se formalizó la certificación de los alumnos de último nivel del curso TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA; ceremonia presidida por la señora ANELSY BARROS MEJIA, Directora Académica del INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD "SAN IGNACIO", se realizó acto solemne para otorgar el certificado de aptitud ocupacional técnico laboral de:

## AUXILIAR DE ENFERMERÍA

a:

## CERQUERA BERMÚDEZ JOHANA PATRICIA

Identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 52,841.398 DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ D.C., como consta en el Acta No. 003 folios 005 y 006 del libro de actas.

Esta certificación se confiere en nombre de la Secretaría de Educación del Distrito en reconocimiento de que el mencionado estudiante curso y aprobó todas las asignaturas del programa académico y cumplió con todos los requisitos exigidos para tal efecto por el Instituto de Auxiliares en Salud "San Ignacio".

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta en Bogotá, D.C., a los DIEZ Y NUEVE (19) días del mes de ENERO de dos mil dos (2002).

VICTOR MANUEL RAQUIRA O.
Director General

ITALA YANETH GONZALEZ
Directora Administrativa

ANELSY BARROS MEJIA
Directora Académica

YENNITH PATRICIA ROMERO G.
Secretaria Académica

Bogotá, D.C. 16 - 10 de 2002

Secretaría
SALUD

# *Resolución No 9218 de 22/10/2002*

## *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C*

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

*CONSIDERANDO*

Que el(la) señor(a) CERQUERA BERMUDEZ JOHANA PATRICIA Identificado(a) con CC número 52841398 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD SAN IGNACIO el día 19/01/2002 y registrado en el libro 132 Folio 4 año 2002

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** autorizar a CERQUERA BERMUDEZ JOHANA PATRICIA identificado(a) con CC número 52841398 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el titulo o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**ARTICULO TERCERO:** Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 22/10/2002

**JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO**
Director de Desarrollo de Servicios

VB:

Bogotá, D.C 25-11-2002
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) JOHANA CERQUERA
CC. # 52'841 398
Res # 9219 fecha: 22-10-2002
Firma JOHANA CERQUERA

BOGOTÁ PARA VIVIR



Powered by CamScanner

# 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 *

52841398

Primer Nombre

JOHANA

Primer Apellido

CERQUERA

Confirme los números de la Imagen *

4278

Cambiar

8230

**Resultado General -2026-01-22 -4:34:21 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificaci |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52841398 | JOHANA | PATRICIA | CERQUERA | BERMUDEZ | Vigente |

**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) JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ identificado(a) con CC 52841398 registra La siguiente información:**

**2026-01-22 -4:34:21 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar de enfermeria | 2002-10-22 | 9218 | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |

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





Talento Humano en Salud (ReTHUS).

# DIPLOMA CERTIFICADO

MEDICOL

**OTORGADO A**:

## *JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ*

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía Número 52841398

**Asistió y finalizó CURSO BÁSICO en:**

## Atención Integral en Salud a Víctimas de Ataques con Ácidos o Agentes Químicos

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

| *05 de Enero del 2026* | | |
|---|---|---|
| Fecha | Representante Legal | Docente |

# DIPLOMA CERTIFICADO

MEDICOL

**OTORGADO A**:

## *JOHANA PATRICIA CERQUERA BERMUDEZ*

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía Número 52841398

**Asistió y finalizó CURSO BÁSICO en:**

## Atención a Víctimas de Violencia Sexual con Enfoque diferencial - Código Fucsia

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

| ***05 de Enero del 2026*** | | |
|---|---|---|
| Fecha | Representante Legal | Docente |



# DIPLOMA CERTIFICADO

MEDICOL

**OTORGADO A**:

*Johana Patricia Cerquera Bermudez*

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 52841398

**Asistió y finalizó CURSO BÁSICO en:**

## Gestión y Manejo del Duelo - GD

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

| ***13 de enero de 2026*** | | |
|---|---|---|
| Fecha | Representante Legal | Docente |

# DIPLOMA CERTIFICADO

MEDICOL

**OTORGADO A:**

*Johana Patricia Cerquera Bermudez*

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 52841398

**Asistió y finalizó CURSO BÁSICO en:**

## Fiebre Amarilla

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

| | | |
|---|---|---|
| ***13 de enero de 2026*** | | |
| Fecha | Representante Legal | Docente |

# DIPLOMA CERTIFICADO

MEDICOL

**OTORGADO A**:

*Johana Patricia Cerquera Bermudez*

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 52841398

**Asistió y finalizó CURSO BÁSICO en:**

## Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

***13 de enero de 2026***
Fecha

Representante Legal

Docente