

 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

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:

CARGO:

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 Inhabilitaciones 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 Inhabilitaciones e incompatibilidades	/			
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	/			
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	/			
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	/			
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años	/			
SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO					
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado	/			
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado	/			
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado	/			
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado	/			
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado	/			
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado	/			
35	Tarjeta profesional	/			
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca	/			
37	RETHUS actualizado- pregrado y postgrado (Asistenciales)	/			
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros	/			
CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES					
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	/			
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	/			
41	Manejo del duelo (Asistenciales)	/			
42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	/			
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla	/			
AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia	/			
45	Toma de muestra con fecha de vigencia	/			
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)	/			
JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
47	Toma de muestra con fecha de vigencia	/			
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia	/			
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)	/			
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia	/			
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)	/			
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	/			

 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

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 tránsito			
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * 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 , visometría 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, 30 de enero de 2026

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 73092

30 Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

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,



JENNY CAROLINA TIBATA

TOCARRUNCHO

CC: 52730661

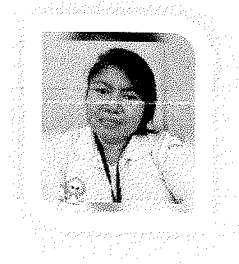
Dirección: KR 90 00 41 Torre 9 Apto 504

Email: jennytibata.sac@gmail.com

Teléfono / Celular: 3202392624

JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO

Celular: 3202392624 - 3228270295
e-mail: jennytibata.sac@gmail.com



PERFIL PROFESIONAL

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Soy una persona honesta, comprometida, responsable y dedicada a mis labores, con buena actitud para el trabajo en equipo, como profesional me considero analítica y proactiva cuento con experiencia en Atención Primaria en Salud, programas de promoción y prevención, PAI Vacunación, asistencia humanitaria en salud Gestora comunitaria, atención al cliente, área administrativa, salud pública, territorios Saludables, equipos básicos en salud, hospitalización, urgencias, APH atención pre hospitalaria.

INFORMACION GENERAL

FECHA DE NACIMIENTO	25 de junio 1982 Bogotá
CEDULA DE CIUDADANIA	52.730.661 de Bogotá
EDAD	43 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERA
DIRECCION	kr 15 b 4 c 40 Torre 9 Apto 504

ESTUDIOS REALIZADOS

SUPERIORES	Escuela de Auxiliares de Enfermería E.S.A.E. Técnico en auxiliar de enfermería Julio 2002
SEGUNDARIOS	Gimnasio del Perpetuo Socorro Bachiller Académico diciembre 2001

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

SOPORTE VITAL BASICO

Curso de formación virtual 48 horas
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Noviembre 2025

ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS EN EL MARCO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

Curso de formación virtual 60 horas
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Diciembre 2025

DIPLOMADO CONCILIADORA EN EQUIDAD

MINISTERIO DE JUSTICIA CAMARA COMERCIO DE BOGOTÁ
Curso de formación presencial 160 horas.
agosto 2023- Febrero 2025

PRIMER RESPONDIENTE “CURSO QUE SALVA VIDAS”

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
Curso de formación presencial 10 horas.
Diciembre 5 de 2024

DIPLOMADO SOBRE DERECHOS E INTERESES COLECTIVOS Y SUS MECANISMOS DE PROTECCION

DEFENSORIA DEL PUEBLO- UNESCO - CEDALC
Curso de formación virtual 120 horas.
Junio a agosto 2024

CURSO ATENCION INTERGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE AGENTES QUIMICOS

ASOCIACION AJUSDISP
Curso de formación presencial 40 horas.
Julio 2024.

CURSO MANEJO DE VACUNACION

ASOCIACION AJUSDISP
Curso de formación presencial 40 horas.
Julio 2024.

CURSO BASICO DE GESTION DEL DUELO

ASOCIACION AJUSDISP
Curso de formación presencial 20 horas.
Julio 2024.

ESTRUCTURA E IMPLEMENTACION DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS EN SALUD (RIIS) SENA – ACESI

Curso de formación virtual 40 horas
OCTUBRE 2023

DERECHO A LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA A DISTANCIA UNAD

Curso de formación virtual 144 horas

JUNIO A SEPTIEMBRE 2023

APROXIMACION A LA EXPERIENCIA EDUCATIVA AEIOTU

Curso de formación virtual 120 horas

AIEOTU FUNDACIO

Noviembre 2022

GESTOR COMUNITARIO EN SALUD OIM

OIM ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES

ABRIL 2021

MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA

Curso de formación virtual 48 horas

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Marzo 2021

DESARROLLO DE HABILIDADES EN SALUD EN LIDERES COMUNITARIOS

Curso de formación virtual 48 horas

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Septiembre 2019

TALLER DE ALOJAMIENTO TEMPORALES DESARROLLADO EN EL MARCO DE LA SEGUNDA MESA TECNICA DEL GIFMM (Bogotá).

Taller de formación 40 horas

OIM Organización Internacional para las Migraciones

Mayo 2019

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

Curso de formación virtual 40 horas

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Diciembre 2018

ACCIONES BASICAS PARA LA ATENCION DE UNA PERSONA CON AFECTACION DE LA SALUD (soporte vital básico).

Curso de formación virtual 40 horas

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Abril 2017

JORNADA DE SOCIALIZACION DE ASPECTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)

OIM Organización Internacional para las Migraciones – Ministerio de Salud

Enero 18 – 22 / 2016

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC Módulo Ámbito Familiar

Curso de formación virtual 50 horas

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA- FACULTAD DE MEDICINA

FEBRERO

2013.

TALLER DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA-ESTRATEGIA DE SALUD MATERNO INFANTIL

ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL 8 HORAS ABRIL 2012.

DIPLOMADO DE URGENCIAS Y ATENCION PRE- HOSPITALARIA CRUZ ROJA

SECCIONAL BOGOTA 160 HORAS MAYO 26 A 5 DICIEMBRE 2008.

ENCUENTRO SOCIAL Y COMUNITARIO POR EL DERECHO A LA SALUD EN BOGOTA

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 16 HORAS

5 Y 6 DICIEMBRE DE 2011

REANIMACION CARDIO PULMONAR II CURSO

TALLER MASIVO 10 HORAS INGABO 25 DE

JUNIO 2010.

ENCUENTRO SOCIAL Y COMUNITARIO POR EL DERECHO A LA SALUD EN BOGOTA

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 16 HORAS

5 Y 6 DICIEMBRE DE 2011

CURSO DE COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA

E.S.E. Hospital San Cristóbal 25 DE FEBRERO de 2009

SOPORTE VITAL BASICO.

CRUZ ROJA SECCIONAL BOGOTA 20 HORAS SEPTIEMBRE 10 AL 13

2008.

II CONGRESO LATINOAMERICANO DE SALUD Y GESTION DEL RIESGO

VIII SIMPOSIO DE MEDICINA DE URGENCIAS CRUZ ROJA

SECCIONAL BOGOTA 12 HORAS SEPTIEMBRE 5 Y 6 2008.

AGENTE COMUNITARIO EN SALUD, VIVIENDA SALUDABLE, S.E.N.A. noviembre

2007.

E.S.E. Hospital San Cristóbal noviembre de 2007

ESTRATEGIA AIEPI – IAMI –IAFI-ERA E.S.E. Hospital

San Cristóbal

Enero 31 de 2008. 16 horas

CAPACITACION TRABAJO EN EQUIPO

S.E.N.A. diciembre 2007.

E.S.E. Hospital San Cristóbal

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA	SUD RED INTEGRADA SUR OCCIDENTE
JEFE INMEDIATO	Dra. ANDREA RODRIGUEZ
TELEFONO	3187080021
CARGO	Técnico Auxiliar de Enfermería Gestión riesgo
TIEMPO	Febrero – Septiembre 2025
EMPRESA	FUNDACION SINERGIA Y SOCIEDAD
JEFE INMEDIATO	Representante ERIKA DEL REAL SUAREZ
TELEFONO	3142971257- 8158018
CARGO	Gestora en Salud Publica en misión para OIM Organización internacional para las migraciones
JEFE INMEDIATO	Jefe KAREN SANTACRUZ
TELEFONO	3182769689 - 3162846382
TIEMPO	septiembre 24 2024 al 31 Enero 2025
EMPRESA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION SOACHA
JEFE INMEDIATO	Dra. YBON FLORIDO
TELEFONO	7309230
CARGO	Técnico Auxiliar de Enfermería EBS
TIEMPO	Julio 2024 – septiembre 20 2024
EMPRESA	FUNDACION SINERGIA Y SOCIEDAD
JEFE INMEDIATO	Representante ERIKA DEL REAL SUAREZ
TELEFONO	3142971257- 8158018
CARGO	Gestora en Salud Publica en misión para OIM Organización internacional para las migraciones
JEFE INMEDIATO	Héctor Sotelo Londoño
TELEFONO	3182769689
TIEMPO	Enero de 2022 a el 13 abril de 2024
EMPRESA	OIM Organización Internacional para las Migraciones
JEFE INMEDIATO	Dra. Adriana Betancourt Salamanca
TELEFONO	3102696269- 3229486285 - 6397777
CARGO	Técnico Vigilancia en Salud Publica
TIEMPO	abril 2019 – diciembre 2021
EMPRESA	Fundación Hematológica Colombia
JEFE INMEDIATO	Dra. Claudia Calderón
TELEFONO	7467888
CARGO	Técnico Auxiliar de Enfermería
TIEMPO	agosto 2018 – marzo 2019

EMPRESA
JEFE INMEDIATO
TELEFONO
CARGO
TIEMPO

Colombiana de Asistencia
Jefe. Andrea Mojica
7428117
Técnico en Emergencias Medicas
septiembre 2017- febrero 2018

EMPRESA
JEFE INMEDIATO
TELEFONO
CARGO
TIEMPO

OIM Organización Internacional para las Migraciones
Dra. RAQUEL ROCHA
6397777
VACUNADORA
Enero – septiembre 2016

EMPRESA
JEFE INMEDIATO
TELEFONO
CARGO
TIEMPO

E.S.E HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Dra. Francy Yuliana Prieto C
2091480-3008660223
Auxiliar de enfermería
marzo 2007-marzo 2015

REFERENCIAS PERSONALES

MARIA ELIZABETH CUESTA
TRABAJADORA SOCIAL
TEL: 3124189189

NIXON RICARDO RIVERO RUEDA
INDEPENDIENTE
TELEFONO: 3057474114

REFERENCIAS FAMILIARES

ZHARY DAYAN TOCARRUNCHO MUNEVAR
Administradora de Empresas
TELEFONO: 3104543948

LADY JOHANA TORRES TOCARRUNCHO
Higienista Oral
TELEFONO: 3158238296 - 8213542

Jenny c. Tibata T.

JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO
52.730.661 de Bogotá



NUP 52.730.661

Homework

Nacionalidad

Estadística

Sexo

COL

1.47

三

Fecha de nacimiento

G.S.

25 JUN 1982

 O_+

Lugar de nacimiento

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición:

18 AGO 2000, BOGOTA D.C.

Firma

Jerry C. Black T.

Fecha de expiración

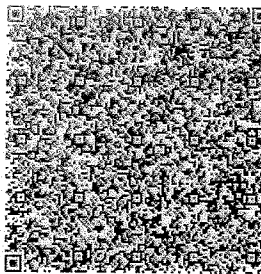
14 OCT 2032



006362625



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL006362625015001<<<<<<<<<
8206255F3210145COL52730661<<<9
TIBATA<TOCARRUNCHO<<JENNY<CARO



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290237855



PIB

18:22:15

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 28 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) JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52730661:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

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

www.procuraduria.gov.co



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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 28 de enero de 2026, a las 18:20:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52730661
Código de Verificación	52730661260128182005

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:24:19 PM horas del 28/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52730661**

Apellidos y Nombres: **TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio 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: diijn.araic
atc@policia.gov.co



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, 28/01/2026 06:26:05 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **52730661** y Nombre: **JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO.**

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. **133729384** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir**Dios y
Patria**

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

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



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 52730661 **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 28/01/2026 06:33 PM



Código Verificación: YC2X9RV1JE

Válida hasta: 28/04/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:37:18 horas del 28/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52730661**,
Apellidos y Nombres **TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD**, 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>



Información del usuario

Carga TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Título

Nombre JENNY CAROLINA

Apellidos TIBATA TOCARRUNCHO

Fecha de nacimiento 25/06/1982 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Nivel Educativo Técnico Completo o Tecnológico

Género Femenino

¿Tiene alguna discapacidad? ☒ Si ☐ No

Nombre y apellido JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO

Tipo de documento Cédula de ciudadanía

Número de documento 52730661

Dirección kr 98 00 41 TORRE 9 APTO 905

Código postal

Estrato 2

Ubicación Bogotá

País COLOMBIA

Correo electrónico jennytibata.sac@gmail.com

Teléfono 3202392624

Celular 3202392624



Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es el nombre de su abuelo?

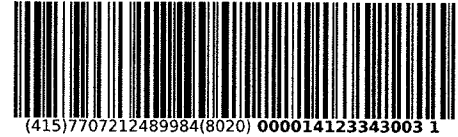
Respuesta Gilberto

SMS para recuperar la contraseña 3202392624

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

141233430031



(415)7707212489984(8020) 000014123343003 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 7 3 0 6 6 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

5 2 7 3 0 6 6 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

TIBATA

32. Segundo apellido

TOCARRUNCHO

33. Primer nombre

JENNY

34. Otros nombres

CAROLINA

razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CARR 98 00 41 TO 9 AP 905

42. Correo electrónico

jennytibata.sac@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 1 1 1

44. Teléfono 1

3 2 0 2 3 9 2 6 2 4

45. Teléfono 2

3 2 2 8 2 7 0 2 9 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 2 0 7 3 1

Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 2 0 7 3 1

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

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 TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

 REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT		Código	TH_FTO_45	
			Versión	0	
			Vigencia	6/07/2022	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2026-01-30	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 5.2.2.2.1, 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	☒
SERVIDOR PUB	☐	OTRO	☐	CUAL:	
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIBATA	TOCARRUNCHO		JENNY	CAROLINA	
TIPO DE IDENTIFICACION	Nº IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	52730661		BOGOTA DC	2000-08-18	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:		
1982-06-25	BOGOTA DC	COLOMBIA	COLOMBIANO		
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐				3223274025	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA				PROFESION / OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL:				CONTRATISTA	
DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA	
Kr 90 00 41 Torre 9 Apto 504	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3202392624	
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		
jennytibata.sac@gmail.com	N/A		PROPIA ☐ 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		
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐					
PASAPORTE ☐		OTRO ☐ CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		
3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☒	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐ NO ☒	
	NO ☒	RCA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	
			SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		ESE Región de Salud Soacha		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒	#NIT 800006850-3		
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENT ☐ MEDICAMENT ☐					
OTRA ☐ CUAL:					

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

DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9 - 97		7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL		NOMBRE DEL CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACION	MES Y AÑO RADICACION CARPETA

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	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 1.800.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 2.500.000	ARRENDOS	\$ 0	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS		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	\$ 2.500.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.800.000	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
CUESTA		MARIA	ELIZABETH
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
PARQUE CAMPESTRE	SOACHA/CUNDINAMARCA	AMIGA	3124189189

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO BBVA	AHORROS	187183835	CHAPINERO	0

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS

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

CUAL:

8. DECLARACIÓN 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 2000 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

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

NOMBRE DEL CARGO: 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 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas.

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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo incluíre 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 + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo Version Vigencia	TH_FTO_45 0 6/07/2022
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el Rit.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p> <p>6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p>NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>			
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			
<p>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.</p> <p>2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>			
AUTORIZACION			
<p>Para efectos de la presente autorización, enténdase 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.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>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.</p> <p>B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>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 Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, demandante, contraparte contractual, Servidor Público, 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 acceder 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) Envío 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.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser comparados, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.</p> <p>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.</p> <p>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 capítulo XI del Título 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.</p> <p>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 he sido obligado a responderlas.</p> <p>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 mí.</p> <p>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 comparan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).</p> <p>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.</p>			
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			
<div>Jenny C. Lobatá T.</div> <div>Firma Cliente / Representante Legal</div>		<div></div> <div>Huella Índice Derecho</div>	



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO identificado(a) con CC. 52730661 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	2018/09/21
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 28 días del mes de 01 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **52.730.661** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 28 de enero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO TIBATA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TOCARRUNCHO		NOMBRES JENNY CAROLINA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No 52730661		GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 18 MES 08 AÑO 2000 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 86D 42G 48 SUR TINTALITO PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. TELÉFONO 3202392624 EMAIL jennytibata.sac@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ESAE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1800	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	07	2002

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 6013849160			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO										
			Día	20	Mes	02	Año	2025	Día	13	Mes	07	Año	2025			
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN CALLE 9 39 46										
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO										
			Día	17	Mes	07	Año	2024	Día	20	Mes	09	Año	2024			
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA PIC SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN CALLE 10 10 83										

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SINERGIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6018158018			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2023	Día	14	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTOR EN SALUD			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN AVENIDA 3 11 15 CHIA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD OIM ORGANIZACION INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6016397777			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	08	Mes	04	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CARRERA 14 94B 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD BANCO DE SANGRE FUNDACION HEMATOLOGICA COLOMBIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6017467888			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	21	Mes	08	Año	2018	Día	13	Mes	03	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA BANCO SANGRE					DIRECCIÓN CARRERA 65 81 67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD COLOMBIANA DE ASISTENCIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6012561383			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2017	Día	28	Mes	02	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO EN EMERGENCIA			DEPENDENCIA ADMI-ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 22 87 32						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6016397777			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	01	Año	2016	Día	30	Mes	09	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACCIONES DE VACUNACION			DEPENDENCIA AREA DE VACUNACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 93B 46						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS				
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
		Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:	
ÁREA 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	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Soacha, 30 Enero / 2026

Jenny C. Tibate

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

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

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

Período

01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 52730661

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: CARRERA 90 0 41 Torre 9 apto 504

TELÉFONO: 3202392624

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
BRANDON ALEJANDRO TIBATA TOCARRONCHO	1028494028	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$0

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	CUENTA DE AHORROS	0187193835	CHAPINERO	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

C.C.

C.E.

T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Jenny C. Tabata T.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha, 30 Enero/2026.

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770**

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACION DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CODIGO	TH_FTO_1 3
		VERSION	00
		VIGENCIA	05/07/202 2

Soacha, 30 de enero de 2026

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo, JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO, identificado con cedula de ciudadanía No. 52730661 de Bogotá estoy, interesado en la oferta de prestación de servicios de Auxiliar de enfermería, 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,

Jenny C. Tibata T.
C.C. 52730661

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgty.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca–Colombia.

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

Soacha, 30 de enero 2026

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 52730661 de Bogota 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.

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

Cordialmente,

Jenny C. Abata T.

C.C. No. 52730661 De Bogotá

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.

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

ARL SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: JENNY CAROLINA TIBATA

TOCARRUNCHO

N.º Documento: CC 52730661

Fecha de Nacimiento: 25/06/1982

Dirección: KR 90 00 41 Torre 9 Apto

504

Teléfono. Fijo – Celular: 3202392624

E-mail: jennytibata.sac@gmail.com

EPS: Famisanar

AFP: Protección

Firma Contratista:

Jenny C. Tibata T.

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.

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.

Medellín, 11 de febrero de 2026

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

CERTIFICA:

Que JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO identificado(a) con cédula de ciudadanía 52730661 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 12/02/2026

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 TERAPEISTAS), 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 TERAPEISTAS), 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 TERAPEISTAS), 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:

C10721903192604246546



Medellín, 11 de febrero de 2026

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

CERTIFICA:

Que JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO identificado(a) con cédula de ciudadanía 52730661 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 12/02/2026
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 PRESTA A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A 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, FONOAUDIOLÓGIA, ETC., CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPTCIÓN 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%
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 PRESTA A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A 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, FONOAUDIOLÓGIA, ETC., CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPTCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN	
CLASE DE RIESGO: 3	PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%

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 PRESTA A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A 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, FONOAUDIOLÓGIA, ETC., CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPTCIÓN 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.



Medellín, 28 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO identificado(a) con C52730661 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.artsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C527306612602873282

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

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

Soacha 30 de enero de 2026

Señores:

ESAE ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO 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 Artículo 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

Cordialmente;

Jenny Carolina Tibata T.

N° Documento CC 52730661

Dirección de contacto Kr 90 00 41 Torre 9 Apto 504

Teléfono 3202392624

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

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

Yo, JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 52730661, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados:

CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible.

CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales.

CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las 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

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

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

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

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – RÉGIMEN SUBSIDIADO – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 30 días del mes de enero 2026_

Jenny C. Tibata T.
Firma y huella



3202392624
Celular No.

Jennytibata.sac@gmail.com
Correo institucional

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH_FTO_56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha, 30 de enero de 2026.

Señores

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

Yo JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO, identificado con C.C. 52730661, 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: artículo 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,

Jenny Carabata T.
C.C. 52730661

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



QR DE AUTENTICIDAD



ID: d0f697436e466b867a983f34d064b

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

5 2 7 3 0 6 6 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

25/06/1982

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

0000000000

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
Vaccine	Doses	Día	Mes	Año	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
COVID ASTRAZENECA	Primera	30	3	2021	Oxford-AstraZeneca	CTMAV521	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE SAN MARCOS	DANIAN CAMILO HERNANDEZ MAHECHA
COVID ASTRAZENECA	Segunda	3	8	2021	Oxford-AstraZeneca	NH0302	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE SAN MARCOS	DANIELA FLOREZ SUAREZ
COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	5	1	2022	Oxford-AstraZeneca	NN0224	IPS SANANGEL	DUVAN RICARDO SUAREZ CASTRO
COVID MODERNA	Segundo Refuerzo	6	1	2023	MODERNA SWITZERLAND GMBH	018D22A	CENTRO DE ATENCION SALUD CAFAM CALLE 48	FRANCY ESMERALDA MARTINEZ MARQUEZ

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

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

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

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

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

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

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.



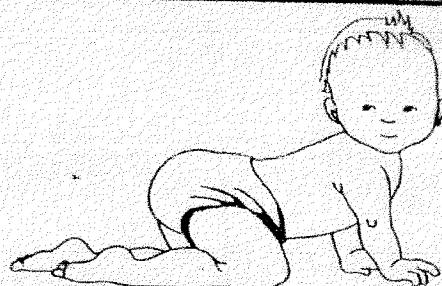
CARNÉ DE VACUNACION

REGIMEN SUBSIDIADO

201

Jenny Tibata
NOMBRE

25 | 6 | 82 |
D M A



VACUNA	EDAD	DOSIS	FECHA APLICACION D M A	REFUERZOS EDAD	FECHA APLICACION REFUERZO D M A
TUBERCULOSIS (BCG)	Recien Nacidos	Una		NO	
HEPATITIS B	Recien Nacidos	1ª	22/02/01	NO	HB 04-02/02
	2º Mes	2ª	22/3/01		
	6º Mes	3ª	23/4/01		
POLIO	2º Mes	1ª		18 Meses y 5 Años	
	4º Mes	2ª			
	6º Mes	3ª			
DIFTERIA TÉTANOS (D.T.P.) TOSFERINA	2º Mes	1ª		18 Meses y 5 Años	
	4º Mes	2ª			
	6º Mes	3ª			
FIEBRE AMARILLA	1 AÑO	Para Zonas Selváticas		SI	
SARAMPION RUBEOLA PAPARRAS T.D	1 AÑO 1º	1ª	22/02/01	10 AÑOS	
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	2 Mes	1ª	22/03/01	NO	
	3 Mes	2ª	22/04/05		
	4 Mes	3ª	22/07/06		

5

09/04/2009

Forma VIII-97 F 4084



EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



Nº. 830.015.894-4

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 78643

FECHA : 11/10/2023 HORA: 09:35		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO		DOCUMENTO: 52730661	EDAD: 43 GENERO: F
Empresa: INDEPENDIENTE		Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA	Tel: 3202392624-
EXAMENES LABORALES REALIZADOS			
Valoración Médica Laboral	SI	Respiratorio	SI
Espirometría	NA	Dermatología	SI
Audiometría	NA	Osteomuscular	SI
Visiometría	SI	Cardiovascular	SI
Optometría	NA	Prueba de equilibrio	NA
Electrocardiograma	NA	Prueba Psicométrica	NA
Psicología Laboral	NA	Radiología Columna	NA
Vacunas	NA	Radiología Torax	NA
LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO			
Cuadro Hemático IVG	NA	Parcial de Orina	NA
Glicemia	NA	RH-Grupo Sanguíneo	NA
Colesterol	NA	KOH Uñas	NA
Triglicéridos	NA	Frotis Faringeo	NA
Serología	NA	Coprologico	NA
CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:			
Apto Para Trabajos en Alturas	NA	Apto Para Trabajos en espacios Confinados	NA
Apto Para el cargo sin Restricciones	SI	Aplazado	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	NA	No Apto Para Este Cargo	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	Examen de EGRESO Satisfactorio	NA
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LIMITES NORMALES			
RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES			
Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA
Pausas Activas	SI	Control Optométrico Periódico	SI
Ergonomía del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	SI
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tensión Arterial	NA
Control Audiométrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI
		Evitar Posturas Prolongadas	NA
		Uso de Medias de Compresión Graduada	NA
		Valoración y Manejo en IPS	NA
		Dieta - Ejercicio Físico	NA
		Control Espirometría	NA
		Control Médico Ocupacional Anual	SI
			NA



CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coacción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta. Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información que me fue dada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibirá los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Me comprometo a cumplir y comprender a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6460 DE 30/07/2019
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

Jenny C. Tibata

C.C. No

52730661



2058

UMED LTDA. IPS MEDICINA LABORAL, mancha todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2, COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en Instrucciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.com



La República de Colombia
Alcaldía Mayor de Bogotá, D.E.
Secretaría de Educación Distrital
y en su nombre la

Gimnasio del Perpetuo Socorro

Autorizado mediante la Resolución No. 0652 del 13 de Mayo de 1984

Confiere a

Jenny Carolina Tibatá Tocarruncho

C.C. No. 52.730.661 de Bogotá

el Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica (Artículo 28 Ley 115 de 1964);
según los planes y programas vigentes



Registro Interno

Folio No. 22... Libro No. A33...

Dado en Bogotá, D.E., a los 10 días del mes de Diciembre de 2001

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según
Decreto 921 del 6 de Mayo de 1964, del Gobierno Nacional



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCION EDUCATIVA
GIMNASIO DEL PERPETUO SOCORRO
JORNADA MAÑANA
Cra. 20 No. 2-8 Sur Tel. 239 5967 - 239 2428
BOGOTA, D.C.

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los Diecinueve (19) días del mes de Diciembre de 2001, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del GIMNASIO DEL PERPETUO SOCORRO. Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de educación media y autorizada por la Secretaría de educación de Bogotá, D.C. para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO, según Resoluciones Nos. 0652 del 13 de Febrero de 1984.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media se procedió a otorgar el título de

BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Jenny Carolina Tibatá Tocarruncho

C.C. 52.730.661 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original General No. ____ del 19 de diciembre de 2001, consta de ____ alumnos; comienza con el nombre de ACEVEDO GARCIA LUIS MARIO y cierra con el nombre de ZAPATA MURILLO MAURICIO. Firmada por el Lic. ROSALBA ROJAS CASTILLO (Rectora) y Lic. LUIS ANTONIO CASTILLO RUIZ (Secretario).

Dada en Bogotá, D.C. a los Diecinueve (19) días del mes de Diciembre de 2001.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, del Gobierno nacional.


LIC. ROSALBA ROJAS DE CASTILLO
C.C. 52.423.547 de Bogotá


LUIS ANTONIO CASTILLO RUIZ
C.C. 79.261.691 de Bogotá

República de Colombia



E.S.A.E. LTDA.

ESPECIALIDAD DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL
Resolución No. 6695 del 1° de Octubre de 1997 - Secretaría de Educación de Bogotá
Concepto favorable - Acuerdo No. 001 de Marzo 4 de 1993 Min. Salud

**Otorga el Certificado de
Técnico Laboral**

AL ALUMNO

Jenny Carolina Tibatá Tocarrunchio

Identificado con C.C. 52.730.661 de Santafé de Bogotá.

EN VIRTUD A QUE APROBO SATISFACTORIAMENTE SUS ESTUDIOS
EN LA ESPECIALIDAD DE

Auxiliar de Enfermería

Intensidad Horaria Total 1800

Director Administrativo

Dado en Santafé de Bogotá, D.C.

El día 20 de Julio del 2002

Director Técnico

Registro Folio No. 793 del libro de certificados 01



E.S.A.E. LTDA.
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

ACTA DE GRADO COLECTIVA No. 018

En la ciudad de Bogotá D. C. a los (20) veinte días del mes Julio de 2002, se llevó a cabo el **ACTO DE CERTIFICACION**, en el cual la **ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA E.S.A.E.** autorizada para el efecto según la resolución No. 6695 del 01 de Octubre de 1997 de la secretaria de Educación de Bogotá, y acuerdo No. 001 del 4 de Marzo de 1993 del Ministerio de Salud, se hace entrega del certificado de **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA A:**

JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO

Identificada con C.C. No. 52.730.661 de Santafé de Bogotá, quien cumplió con los requisitos académicos exigidos por la secretaria de Educación, el Ministerio de Salud y con las normas establecidas en este Instituto.

En testimonio de lo anterior se firma la presente **ACTA DE CERTIFICACION** en la ciudad de Bogotá, D.C. a los (20) veinte días del mes de Julio de 2002, por los que en ella intervinieron.


JORGE DAVID SANCHEZ
Director Administrativo





Jenny C. Tibata

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

EST 04-09-2003

TIBATA TOCARIENCHO
JENNY CAROLINA

CC 5273000

SALUD

ALUMNA DE ENFERMERIA

[Signature]



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No 7563 de 26/08/2002

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

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) TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA identificado(a) con CC número 52730661 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE AUXILIARES ENFERMERIA E.S.A.E LTDA el día 20/07/2002 y registrado en el libro 01 Folio 793 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 TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA identificado(a) con CC número 52730661 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título 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 Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 26/08/2002

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO

Director de Desarrollo de Servicios

vrs

Bogotá, D.C. 4 - Septiembre 2002
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Jenny Carolina Tibata
CC. # 52 730 661
Res # 7563 fecha: 26-08-2002
Firma Jenny Carolina Tibata



ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

52730661

Primer Nombre

JENNY

Primer Apellido

TIBATA

Confirme los números de la Imagen *

1 7 4 1

Cambiar

9591

Volver al Registro de ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-01-28—8:52:49 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identifica
CC	52730661	JENNY	CAROLINA	TIBATA	TOCARRUNCHO	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) JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO identificado(a) con CC 52730661 registra La siguiente información:

2026-01-28—8:52:49 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2002-08-26	7563	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, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32 76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

📞 Contacto

Teléfono

conmutador:

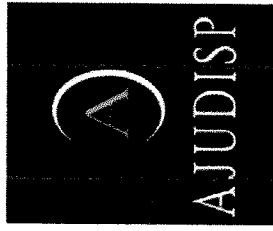
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)



ASOCIACION AJUDISP BOGOTÁ-COLOMBIA



NOT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

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

CERTIFICA:

QUE:

Jenny Carolina Tíbatá Tocarruncho

C.C 52730661 De Bogotá DC

**ASISTIO Y APROBO EL CURSO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS
DE AGENTES QUIMICOS**



RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

INTENSIDAD DE 20 HORAS

Asociación Juvenil de Estudios
Sociales y Políticos

NOT. 901364935-1
AJUDISP AJUDISP AJUDISP

Asociación AJUDISP

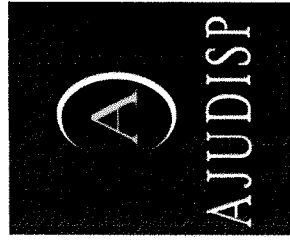
NOT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa

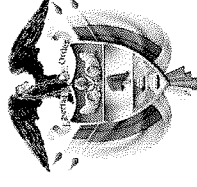
Presidente AJUDISP
C.C. 1012362780
AJUDISP Asociación AJUDISP AJUDISP

INSTRUCTOR

**DADO EN BOGOTÁ CUNDINAMARCA A LOS 09 DIAS DEL MES DE JULIO
DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS**



ASOCIACION AJUDISP BOGOTÁ-COLOMBIA



EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

NTT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
TE-2023-8460

CERTIFICA:

QUE:

JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO

C.C.: 52730661 DE BOGOTÁ D.C

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

INTENSIDAD DE 40 HORAS



[Signature]

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

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

Asociación AJUDISP

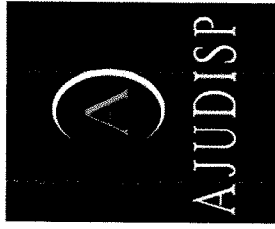
NTT. 901364935-1

DADO EN BOGOTÁ CUNDINAMARCA A LOS 03 DIAS DEL MES DE FEBRERO
DEL 2026 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

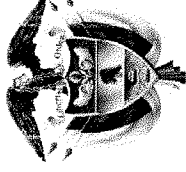
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

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

INSTRUCTOR



ASOCIACION AJUDISP BOGOTÁ-COLOMBIA



EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SR06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

CERTIFICA:

QUE:

Jenny Carolina Tíbatá Tocarruncho

C.C 52730661 De Bogotá DC

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

Gestion del Duelo

INTENSIDAD DE 20 HORAS



RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

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

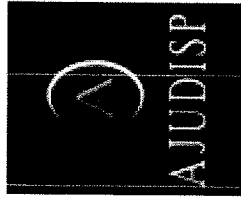
Asociación AJUDISP

NIT. 901364935-1

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

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ CUNDINAMARCA A LOS 09 DIAS DEL MES DE JULIO
DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS



NOT. 901364935-1
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
2-2017-046



ASOCIACION AJUDISP

BOGOTÁ-COLOMBIA



EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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



CERTIFICA:

QUE:

Jenny Carolina Tibata Tocarruncho

C.C 52730661 De Bogotá DC

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

MANEJO DEL DENGUE Y LA FIEBRE AMARILLA

INTENSIDAD DE 40 HORAS



[Signature]

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 2012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP AJUDISP

Asociación AJUDISP

NIT. 901364935-1

DADO EN BOGOTÁ CUANDO MARCA A LOS 20 DIAS DEL MES DE ENERO
DEL 2026 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y SECRETARÍA DE SALUD

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

INSTRUCTOR

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

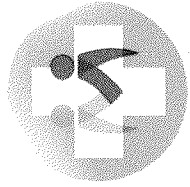
CERTIFICA QUE:

Jenny Carolina Tibata Tocarruncho

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

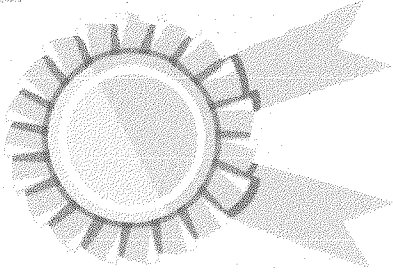
Fecha de Emisión: febrero 3, 2026



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA



DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO



LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA; con documento de identidad No. 52730661 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Total Contrato	Valor Honorarios Mensuales	Unidad
1	2025	3321-2025	AUXILIAR ENFERMERIA DE	20/02/2025	30/04/2025	\$6119199	\$2585577	SUBRED
2	2025	4152-2025	AUXILIAR ENFERMERIA DE	06/05/2025	30/09/2025	\$11572794	\$2733731	SUBRED
3	2025	4668-2025	AUXILIAR ENFERMERIA DE	24/06/2025	13/07/2025	\$1613271	\$1613271	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

AUXILIAR DE ENFERMERIA

1 » Contrato: 3321-2025

Obligaciones:

1. Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el seguimiento de casos presentados en la IED, correspondientes al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred. 2. Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote según recomendación del grupo ERI de la Subred. 3. Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades infectocontagiosas en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado. 4. Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo de la OCE. 5. Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE (alimentación saludable, actividad física, accidentalidad escolar y movilidad segura) e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado. 6. Apoyar las campañas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada. 7. Participar en los procesos de capacitación que programe la SED, la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes. 8. Apoyar a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas escolares y convivencia escolar, cuando sean convocados. 9. Actuar como apoyo al primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio. 10. Realizar el reporte diario de cinco (5) actividades realizadas en la IED. 11. Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED. 12. Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin. 13. Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred.

2 » Contrato: 4152-2025

Obligaciones:

1. Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el seguimiento de casos presentados en la IED, correspondientes al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred. 2. Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote según recomendación del grupo ERI de la Subred. 3. Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades infectocontagiosas en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado. 4. Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo de la OCE. 5. Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE (alimentación saludable, actividad física, accidentalidad escolar y movilidad segura) e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado. 6. Apoyar las campañas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada. 7. Participar en los procesos de capacitación que programe la SED, la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes. 8. Apoyar a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas escolares y convivencia escolar, cuando sean convocados. 9. Actuar como apoyo al primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio. 10. Realizar el reporte diario de cinco (5) actividades realizadas en la IED. 11. Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED. 12. Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin. 13. Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred.

3 » Contrato: 4668-2025

Obligaciones:

1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. 2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado. 3. Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada. 4. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes. 5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reintroducción, programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Subred sur occidente, Dirección de Gestión del Riesgo o supervisora de contrato. 6. Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. 7. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. 8. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control. 9. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. 10. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. 11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. 12. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. 13. Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. 14. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. 15. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. 16. Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera.

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los catorce(14) días del mes de Octubre de 2025, la cual no tiene fecha de expiración

Hu2gh56i@#\$8zX

Atentamente,



Gustavo Andrés Lobo Garrido
DIRECTOR CONTRATACIÓN SUBGERENCIA CORPORATIVA

Copia Certificada
Subred Sur Occidente



**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACIÓN
SINERGIA Y SOCIEDAD**

CERTIFICA

Que **TIBATA TOCARRUNCHO JENNY CAROLINA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 52730661 de BOGOTÁ - BOGOTÁ, presta sus servicios para *Apoyar la implementación de las actividades comunitarias de salud implementadas por el programa*. Actividades desarrolladas en CUNDINAMARCA.

Su contratación fue suscrita el 1 DE ENERO DE 2023 hasta el 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023, mediante contrato de prestación de servicios, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L (\$2.550.000.00)/ mes contra entrega de productos. Desarrollando, entre otras, las siguientes actividades:

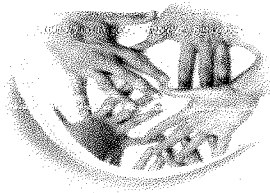
1. Acordar y desarrollar un plan de trabajo con el programa Migración y Salud.
2. Participar activamente en la identificación de las necesidades y brechas en salud en conjunto con la comunidad migrante venezolana (MV), los colombianos retornados (CR) y la comunidad de acogida (CA) en condiciones de vulnerabilidad, en articulación con el equipo territorial del proyecto y la entidad territorial.
3. Apropiar y difundir información y rutas de salud para promover el acceso oportuno a la atención y a los servicios sectoriales e intersectoriales para la población MV, CR y CA.
4. Realizar talleres y capacitaciones dirigidos a la comunidad MV, CR y CA, con actividades de sensibilización y educación en salud, con énfasis en promoción de actitudes y prácticas saludables en las temáticas priorizadas por el territorio.
5. Apoyar la conformación y/o fortalecimiento de las redes comunitarias en salud promoviendo la participación de líderes y lideresas comunitarios, como apoyo a las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública comunitaria.
6. Identificar, orientar, referir y hacer seguimiento a personas MV, CR y CA con algún Evento de Interés en Salud Pública – EISP para el acceso oportuno a la oferta en materia de salud, educación, trabajo, vivienda, entre otras.
7. Apoyar las acciones comunitarias para la implementación del Plan de Respuesta a la pandemia por Covid-19.
8. Acompañar a las personas MV, CR y CA en los procesos de regularización, aseguramiento y afiliación al SGSSS.
9. Apoyar la implementación de la estrategia SMAPS y las acciones IEC con enfoque psicosocial de salud dirigidas a la comunidad.
10. Acompañar las atenciones en salud apoyadas por el Programa intra y extramurales, dirigidas a las personas MV, CR y CA, apoyando la convocatoria, desarrollo y seguimiento que se requiera.

Nit. 900587783-2

Cra. 3 No. 19 - 75 Casa 51 – Tel 601 815 8018 Cel. 3142971257

sinergias.fundacion@gmail.com

Chía – Cundinamarca - Colombia



11. Seguir los lineamientos de rendición de cuentas de la Organización, identificando dificultades y acciones de mejora de los servicios prestados, con una permanente comunicación con las comunidades e instituciones.
12. Apoyar los procesos de integración de la comunidad MV, CR con CA a través de actitudes, prácticas y procesos educativos que contribuyan a la reducción del estigma, la discriminación y la xenofobia.
13. Elaborar mensualmente el informe de actividades desarrolladas, de acuerdo con el plan de trabajo y cronograma aprobado en los formatos establecidos por el Programa, con información cuantitativa y cualitativa, recomendaciones, lecciones aprendidas, entre otros.
14. Promover actitudes y prácticas saludables en los ambientes de trabajo.
15. Asistir a las reuniones programadas por la coordinación del proyecto.

Dada en Chía Cundinamarca, al día tres (03) del mes de Octubre de dos mil veintitrés (2023).

Fundación Sinergia y
Sociedad
Erika del Real Suárez
ERIKA DEL REAL SUÁREZ
Representante Legal Nit.900587783-2

Nit. 900587783-2
Cra. 3 No. 19 - 75 Casa 51 – Tel 601 815 8018 Cel. 3142971257
sinergias.fundacion@gmail.com
Chía – Cundinamarca - Colombia



Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE CONTRATACIONES DE LA
ORGANIZACION INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM)**

CERTIFICA QUE:

El (la) señor (a) **JENNY CAROLINA TIBATA TOCARRUNCHO**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.730.661 de Santafé de Bogotá, presta(o) sus servicios en esta Organización en calidad de Contratista Independiente a través de la suscripción del Contrato de prestación de servicios PS-13234. Inició actividades el cuatro (04) de Enero de 2016 y finaliza(o) las treinta (30) de Septiembre de 2016.

El anterior Contrato se firmó por Honorarios Mensuales de DOS MILLONES DE PESOS M/L (\$2.000.000.00), por el periodo mencionado.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a) a los once (11) días del mes de Agosto de 2016, en la ciudad de Bogotá.



ELIZABETH CARVAJAL
Coordinadora Contrataciones
Misión OIM-Colombia

OIM COLOMBIA:

Carrera 14 No 93B-46 • Bogotá • Colombia
Tel: +571 6.39.77.77 • Fax: +571 6.22.34.17 • E-mail: iombogota@iom.int • Internet: www.oim.org.co
Redes sociales:  @OIM_Colombia  OIM Colombia  OIM Colombia

