	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"		
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE	
	FORMATO	LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y CONTRATACION - PERSONAL ASISTENCIAL	GESTION DE TALENTO HUMANO
	CÓDIGO	VERSION	FECHA ELABORACION
	A-TH-F-004-04	2	02/01/2025

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE COMPLETO: Laura Carolina Gomez Palencia. D.I:

PERFIL: Tecnico Sin Vigila.

CARPETA	NO.	DOCUMENTO	RESPOPNSABLE	VERIFICACION SI	VERIFICACION NA
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL	HOSPITAL		
	2	CDP	HOSPITAL		
	3	ESTUDIO PREVIO	HOSPITAL		
	4	INVITACION POSIBLE CONTRATISTA	HOSPITAL	✓	
	5	PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS	CONTRATISTA	✓	
	6	FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR	HOSPITAL		
	7	CERIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA	HOSPITAL		
HOJA DE VIDA	1	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA	HOSPITAL		
	2	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA	CONTRATISTA	✓	
	3	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONTRATISTA	✓	
	4	FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS APLICATIVO LEY 2013 DE 2019: https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2012	CONTRATISTA	✓	
	5	FORMULARIO SARLAFT	CONTRATISTA	✓	
	6	CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (No mayor a un mes - persona juridica y natural con establecimiento)	CONTRATISTA	✓	
	7	RUT ACTUALIZADO	CONTRATISTA	✓	
	8	CERTIFICADO EXPERIENCIA (dos ultimos)	CONTRATISTA	✓	
FORMACION ACADEMICA	1	TARJETA PROFESIONAL	CONTRATISTA		
	2	DIPLOMA POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO	CONTRATISTA	✓	
	3	ACTA DE GRADO POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO	CONTRATISTA	✓	
	4	DIPLOMA PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR	CONTRATISTA	✓	
	5	ACTA DE GRADO PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR	CONTRATISTA	✓	
	6	DIPLOMA DE BACHILLER	CONTRATISTA	✓	
	7	ACTA DE GRADO DE BACHILLER	CONTRATISTA	✓	
	8	FORMATO AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS	HOSPITAL		
	9	VALIDACION DE TITULOS (RESPUESTA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)	HOSPITAL		
	10	CONVALIDACION DE TITULOS EN EL EXTERIOR	HOSPITAL		
	11	RETHUS (si aplica)	CONTRATISTA		
	12	CER. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA (Resolucion)	CONTRATISTA		
OTROS TITULOS (RES 3100)		TODO EL TALENTO HUMANO EN SALUD			
	1	CERTIFICADO EN ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	CONTRATISTA		
	2	CURSO GESTION DEL DUELO	CONTRATISTA		
	3	CURSO DE AGENTES QUIMICOS	CONTRATISTA		
	4	CURSO DE HUMANIZACION	CONTRATISTA		
	1	OTROS CURSOS, DIPLOMADOS, (Otros estudios anexos a su formación academica)	CONTRATISTA		
ANTECEDENTES (Actuales)	1	CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA	CONTRATISTA	✓	
	2	CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA	CONTRATISTA	✓	
	3	CER. MEDIDAS CORRECTIVAS (Policia)	CONTRATISTA	✓	
	4	CER. ANTECEDENTES JUDICIALES (Policia)	CONTRATISTA	✓	
	5	CER. DISCIPLINARIOS CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL (trabajo social)	CONTRATISTA		
	6	CER. ANTECEDENTES DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL	CONTRATISTA	✓	
	7	CER. REDAM (Registro de Deudores Alimentarios Morosos)	CONTRATISTA	✓	
VACUNAS, POLIZAS, AFILIACIONES, ENTRE OTROS	1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	CONTRATISTA	✓	
	2	EXAMEN MEDICO PERIODICO (Personal de planta y tercerizados cada 6 meses / personal OPS cada 2 años)	HOSPITAL		
	3	CARNE DE VACUNA SARS-COV-2	CONTRATISTA	✓	
	4	CARNET DE VACUNACION (Hepatitis b, Toxoide tetanico, Influenza)	CONTRATISTA	✓	
	5	CERTIFICADO AFILIACIÓN A SALUD	CONTRATISTA	✓	
	6	CERTIFICADO AFILIACION A PENSION	CONTRATISTA	✓	
	7	CERTIFICADO AFILIACION ARL	HOSPITAL		
	8	CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 dias)	CONTRATISTA	✓	
	9	LICENCIA DE CONDUCCION (Conductores: Categoria según servicio correspondiente)	CONTRATISTA		
	10	CER. SIMIT DE COMPRENDOS PENDIENTES (Conductores)	CONTRATISTA		
	11	VERIFICACION INDUCCION - REINDUCCION (EDMODO)	HOSPITAL		
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE	HOSPITAL		
	2	MINUTA DE CONTRATO	HOSPITAL		
	3	REGISTRO PRESUPUESTAL	HOSPITAL		
	4	POLIZAS (Si aplica)	HOSPITAL		
	5	ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica)	HOSPITAL		
	6	ACTA DE INICIO	HOSPITAL		
	7	SOPORTE PAGOS	CONTRATISTA Y HOSPITAL		
	8	ACTA DE LIQUIDACION	HOSPITAL		

VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACION

Vb. Recibido Talento Humano:	1ras Correcciones en documentos:
2das Correcciones en documentos:	3ras Correcciones en documentos:
Vb. Afiliacion ARL:	Vb. Recibido Contratacion:

28 de Mayo de 2026 Funza

Cundinamarca Doctora

JULIA I MUELLE PLAZAS
Gerente
E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Funza
Cundinamarca

Ref.: Presentación propuesta de servicios especializados E.S.E.

Yo, **LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA,** identificada con la cedula de ciudadanía No. 52 .664.173 expedida en Bogotá d.c , me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO TÉCNICO EN SALUD PUBLICA EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA SIVIGILA CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

ACTIVIDADES A REALIZAR

1. Realizar y enviar búsqueda activa institucional 2.026, en formatos y tiempos establecidos según directrices para la vigencia.
2. Realizar BAI de infecciones institucional, en formatos y tiempos establecidos según directrices para la vigencia.
3. Realizar BAI de eventos en eliminación y erradicación institucional, en formatos y tiempos establecidos según directrices para la vigencia.
4. Validación y reporte de RIPS en tiempos establecidos.
5. Análisis y precrítica de fichas para ser reportadas de manera semanal. 6. Seguimiento a evento 300 de manera semanal.
7. Socialización y apoyo a la adherencia de protocolos de EISP con una capacitación al mes al personal médico.
8. Seguimiento ajustes realizados de los eventos reportados al sistema epidemiológico SIVIGILA 2.026.
9. Inducción al personal médico de los eventos de interés en salud pública. 10. Seguimiento del cargue y del diligenciamiento de las fichas del SIVIGILA a los Equipos Básicos en Salud como del grupo PIC.
11. Seguimiento al reporte diario de dosis de Fiebre Amarilla, COVID e Influenza de la sede principal como de sus dos puestos de salud.
12. Seguimiento del movimiento mensual de biológicos e insumos de PAI WEB en relación con dosis aplicadas, solicitudes y cargue de pedidos de la sede principal como de sus dos puestos de salud

13. Validación de información de los cargues en el sistema de PAI WEB en relación con dosis aplicadas, solicitudes y cargue de pedidos de la sede principal como de sus dos puestos de salud.
14. Apoyo al proceso de seguimiento de demanda inducida y cumplimiento de metas en PYD en vacunación de manera semanal.
15. Validación de informes y registros diarios en vacunación de manera semanal conforme a la productividad de vacunación con el fin de hacer los cargues a la plataforma SIGIRES los primeros 5 días hábiles del mes.
16. Apoyo a las demás actividades que sean asignadas por la líder de salud publica encaminadas al cumplimiento de metas de PYD y procesos institucionales de consulta externa

VALOR MENSUAL: El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensual es de **dos millones doscientos ochenta y tres mil doscientos ($ 2.283.200).**

TERMINO INICIAL DE EJECUCION A DETERMINACION DE LA INSTITUCION

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

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

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

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

DIRECCION: Manifiesto que mi dirección de residencia es Cra 19 b numero 7 73 , correo electrónico caril_528@hotmail.com mi número de celular es 3132722051.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad. Cordialmente,

LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA
C.C. No. 52.664.173 de Bogotá

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gomez	Palencia	Laura Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 52664173	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES 12 AÑO 1982

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 4B 14 20

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FUNZA

TELÉFONO EMAIL caril_528@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	03	2024	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION EN SALUD OCUPACIONAL	09	2022	
PREGRADO	4	X		TECNICO PROFESIONAL EN SALUD PUBLICA	12	2009	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

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 ALCALDIA DE SASAIMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SASAIMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACCIONES VIGILANCIA SALUD	*DEPENDENCIA* (VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA)						*DIRECCIÓN* calle 7 3 13					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VENECIA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3145879167	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* 4112 SECRETARIA DE GOBIERNO						*DIRECCIÓN* CALLE 3 3 97					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE GIRARDOT			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* GIRARDOT					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1033 2016 EPIDEMIOLOGA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 17 11 null esquina						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BITUIMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* BITUIMA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	10	*Año* 2025	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1033 2016 EPIDEMIOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA DE DESARROLLO SOCIAL					*DIRECCIÓN* cra 2 2 14						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL VIGILANCIA EN SALU	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD DE FUNZA					*DIRECCIÓN* cra 9 10 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VENECIA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3145879167	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*	12	*Mes*	07	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* 4112 SECRETARIA DE GOBIERNO					*DIRECCIÓN* CALLE 3 3 null 97						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BITUIMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* BITUIMA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1033 2016 EPIDEMIOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA DE DESARROLLO SOCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 2 14 Carrera 2 2- 14						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3132722051	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	02	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL VIGILANCIA SALUD P	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD DE FUNZA					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 10 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SASAIMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SASAIMA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	09	*Año* 2024	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACCIONES VIGILANCIA SALUD	*DEPENDENCIA* (VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA)					*DIRECCIÓN* CALLE 7 3 13						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3132722051	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACCIONES VIGILANCIA SALUD	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 13 5						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	22	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL VIGILANCIA SALUD P	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD FUNZA					*DIRECCIÓN* carrera 9 10 11						

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	9
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento LAURA GOMEZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Funza, Mayo 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.604.173

GOMEZ PALENCIA

APELLIDOS

LAURA CAROLINA

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScan



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1982**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-JUL-2002 FUNZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACI
ALMABEATRIZ RENGIFO LO

A-1508800-39129541-F-0052664173-20050504 **00977** 05123D 02 157604543

Powered by CamScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-05-28 19:06

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LAURA	CAROLINA	GOMEZ	PALENCIA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	52664173

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FUNZA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FUNZA

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

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FUNZA

Dirección	["Carrera 14 No.13 - 05"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$40.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$40.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE			TIPO DE SOLICITUD
28/5/2026	Contratista X	Proveedor ___	Personal Planta ___	Vinculación X
	Prestador IPS ___	Junta Directiva ___	Otro ___	Actualización ___

Departamento: Cundinamarca Ciudad: Funza

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido: Gomez	Segundo Apellido: Palencia	Nombres: Sara Cristina
Tipo De Documento: CC	No. De Identificación: 52664173	Fecha De Nacimiento: 16-12-85.
Lugar De Nacimiento: Bogota	Fecha De Expedición: 07/01/2002	Lugar De Expedición: Funza.
Dirección: Cra 4-14-10	Ciudad: Funza	Departamento: Cundinamarca
Teléfono:	Celular: 3132772091	Profesión/Ocupación: Enfermera.

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

PERSONA JURÍDICA

Razón social:	Nit:	Correo electrónico

Tipo de contribuyente: NO Régimen simplificado ___ Régimen común ___ Grandes contribuyentes ___ Otra ___
¿Cual? _____

Tipo de Empresa: Privada _____ Publica _____ Mixta _____ Sin ánimo de lucro _____

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL		
Salud ____ Farmacéutico ____ Industrial ____ Servicios ____ Comercial ____ Otro ____ ¿Cuál? _____		
Descripción de la actividad económica:		
Dirección Oficina Principal	Teléfono Oficina Principal	Celular oficina principal
Departamento oficina principal	Correo oficina principal	Ciudad oficina principal
Dirección sucursal o agencia	Teléfono Sucursal O Agencia	Celular sucursal o agencia
Departamento Sucursal O Agencia	Correo Sucursal O Agencia	Ciudad Sucursal O Agencia

REPRESENTANTE LEGAL		
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:
Tipo De Documento	No. De Identificación	Fecha De Nacimiento
Lugar De Nacimiento	Fecha De Expedición	Lugar De Expedición
Dirección:	Ciudad	Departamento
Teléfono	Celular	Profesión/Ocupación

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

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

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

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

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

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

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

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

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos $ 300.000.000	Total Pasivos $	Total Patrimonio $ 300.000.000
Ingresos Mensuales $ 7.000.000	Egresos Mensuales $ 4.000.000	Otros Ingresos $
Corte De Información Financiera		

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

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

3. OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza negocios en moneda extranjera		Tipo de transacciones	
		¿Cuál?	

PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA

Tipo De Producto	No. De Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

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

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

6. FIRMA Y HUELLA

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



FIRMA

HUELLA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141168439526

(415)7707212489984(8020) 000014116843952 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 6 6 4 1 7 3	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 6 6 4 1 7 3	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	PALENCIA	LAURA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 7 C 6 A 28

42. Correo electrónico lgomez344@estudiantes.areandina.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 9 4 3 7 9 1 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Nº 3404

LA SUSCRITA SECRETARIA JURÍDICA DEL MUNICIPIO DE FUNZA CERTIFICA:

Que de conformidad con los archivos que reposan en la entidad, el (la) señor (a) **GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **52664173** suscribió con el Municipio de Funza, Cundinamarca, los siguientes contratos:

Nombre del Contratante:	MUNICIPIO DE FUNZA
NIT:	899999433-5
Nombre del Contratista:	GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA
Identificación:	52664173
Tipo de Contrato:	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.4418357 - 2023
Fecha inicio del contrato:	23/01/2023
Fecha de Terminación del Contrato:	22/05/2023
Estado:	Liquidado
Objeto	Prestación de servicios de apoyo a la gestión del riesgo, Vigilancia, Seguimiento y monitoreo a los eventos de interés en salud pública y la operación del centro de acopio de vacunas.
Obligaciones:	1.Suscribir de forma conjunta con el supervisor designado el acta de inicio del contrato. 2. Apoyar, dos veces al día, el monitoreo y registro de las temperaturas altas y mínimas de los diferentes equipos del Centro de Acopio, en los formatos establecidos por los entes de referencia, e informar a la Secretaría de Salud, las variaciones críticas que pongan en riesgo la estabilidad del biológico cuando se presente esta situación. 3. Apoyar el monitoreo del stock de vacunas y solicitud del biológico que se requiera, para cumplir con las coberturas útiles del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), a la Gobernación de Cundinamarca, en los tiempos establecidos. 4. Mantener la custodia de las vacunas, cumpliendo con los estándares de conservación de la cadena de frio y embalaje, en el transporte desde el almacén del Departamento, hasta el Centro de Acopio Municipal. 5,. Apoyar en la provisión de biológico necesarios para cubrir la población objeto de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) habilitadas para vacunar en el Municipio, previa solicitud a través de la plataforma PAI WEB.· 6. Mantener actualizado el inventario de biológicos e insumos del Centro de Acopio, de acuerdo con lo contemplado en los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. 7. Semaforizar, de manera periódica, la existencia de vacunas, fechas de vencimiento, adecuado almacenamiento, entre otros aspectos, determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social. 8. Apoyar la implementación de planes de contingencia, para el manejo del biológico en caso de falla de los equipos. 9. Hacer seguimiento al alcance de coberturas útiles del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en relación con los insumos requeridos por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), para registrar el buen uso y no desperdicio de dosis de biológicos suministrados. 10. Mantener el cadena

	Apoyar, semanalmente, con el cargue oportuno y completo de la información de los eventos de interés en salud pública y fichas epidemiológicas de enfermedades, al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) y reportar a la Secretaria de Salud de Cundinamarca sobre los mismos. 13. Apoyar monitoreo y control de los tableros de seguimiento de la notificación oportuna de los eventos de interés en salud pública, notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), por parte de Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y Unidades Informadoras (UI) de los eventos de notificación inmediata. 14.Revisar las fichas de notificación epidemiológica cargadas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), de los eventos de interés en Salud Pública y retroalimentar a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y Unidades Informadoras (UI) en caso de ser necesario. 15.Apoyar el control de la remisión oportuna de los eventos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), de las diferentes dimensiones Salud Pública de la Secretaria de Salud. 16.Apoyar la remisión oportuna a otros municipios de los eventos de interés en Salud Pública que requieran intervenciones, de acuerdo con los lineamientos vigentes. 17. Apoyar la difusión y vigilancia de los eventos de interés epidemiológica en las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y Unidades Informadoras (UI), por medio de los boletines epidemiológicos, circulares u otra información remitida desde el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección social. 18. Apoyar las actividades del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) para la atención y contención de todos los brotes relacionados con los eventos de interés en salud pública, emergencias que afecten la salud de la población y respuesta a los eventos de interés internacional contenidos en el Registro Sanitario Internacional (RS). 19. Apoyar en el acompañamiento a las visitas de campo de los eventos de interés en Salud Pública e investigación de brotes y epidemias que afectan a la comunidad. 20. Apoyar con la consolidación de las acciones de investigaciones Epidemiológicas en Campo, relacionadas con la vigilancia en salud pública y los de los eventos de interés en Salud Pública. 21. Realizar las Investigaciones Epidemiológicas de Campo e informes de los eventos de interés en Salud Publica, de requerirse por el supervisor. 22. Participar, mensualmente, en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) y el Comité de Estadísticas Vitales (EEVV) municipal. 23. Participar en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), reuniones y asistencias técnicas de Vigilancia Epidemiológica, que convoque el departamento. 24. Asistir a las capacitaciones convocadas por los entes Nacionales, Departamentales y Municipales. 25. Apoyo en la recepción y proyección de respuestas a peticiones, quejas o reclamos que ingresen al buzón de usuario asignado en el sistema de Gestión Documental. 26. Las demás actividades asignadas por el supervisor con calidad y oportunidad de acuerdo con el objeto contractual.

Nombre del Contratante:	MUNICIPIO DE FUNZA
NIT:	899999433-5
Nombre del Contratista:	GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA
Identificación:	52664173
Tipo de Contrato:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.4986236 - 2023
Fecha Inicio del contrato:	25/05/2023
Fecha de Terminación del Contrato:	27/12/2023
Estado:	Liquidado
Objeto	Prestación de servicios de profesionales para apoyar las acciones de vigilancia, Seguimiento y monitoreo a los eventos de interés en salud pública y la operación del centro de acopio de vacunas.
Obligaciones:	1. Suscribir de forma conjunta con el supervisor designado el acta de inicio del contrato. 2. Apoyar, dos veces al día, el monitoreo y registro de las

temperaturas altas y mínimas de los diferentes equipos del Centro de Acopio, en los formatos establecidos por los entes de referencia, e informar a la Secretaría de Salud, las variaciones críticas que pongan en riesgo la estabilidad del biológico cuando se presente esta situación. 3. Apoyar el monitoreo del stock, custodia y provisión de vacunas, para cumplir con las coberturas útiles del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), de acuerdo a los lineamientos nacionales, departamentales y municipales. 4. Mantener actualizado y semaforizado el inventario de biológicos e insumos del Centro de Acopio, de acuerdo con lo contemplado en los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. 5. Apoyar la implementación de planes de contingencia, para el manejo del biológico en caso de falla de los equipos. 6. Hacer seguimiento al alcance de coberturas útiles del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en relación con los insumos requeridos por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), para registrar el buen uso y no desperdicio de dosis de biológicos suministrados. 7. Mantener el centro de acopio en condiciones sanitarias óptimas, teniendo en cuenta los lineamientos y protocolos establecidos. 8. Hacer seguimiento al plan de mantenimiento preventivo y de reparaciones del Centro de Acopio, teniendo en cuenta los lineamientos y protocolos establecidos. 9. Apoyar, semanalmente, con el cargue oportuno y completo de la información de los eventos de interés en salud pública y fichas epidemiológicas de enfermedades, al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) y reportar a la Secretaría de Salud de Cundinamarca sobre los mismos. 10. Apoyar monitoreo y control de los tableros de seguimiento de la notificación oportuna de los eventos de interés en salud pública, notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), por parte de Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y Unidades Informadoras (UI) de los eventos de notificación inmediata. 11. Revisar las fichas de notificación epidemiológica cargadas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), de los eventos de interés en Salud Pública y retroalimentar a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y Unidades Informadoras (UI) en caso de ser necesario. 12. Apoyar el control de la remisión oportuna de los eventos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), de las diferentes dimensiones Salud Pública de la Secretaría de Salud. 13. Apoyar la remisión oportuna a otros municipios de los eventos de interés en Salud Pública que requieran intervenciones, de acuerdo con los lineamientos vigentes. 14. Apoyar la difusión y vigilancia de los eventos de interés epidemiológica en las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y Unidades Informadoras (UI), por medio de los boletines epidemiológicos, circulares u otra información remitida desde el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección social. 15. Apoyar las actividades del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) para la atención y contención de todos los brotes relacionados con los eventos de interés en salud pública, emergencias que afecten la salud de la población y respuesta a los eventos de interés internacional contenidos en el Registro Sanitario Internacional (RS). 16. Apoyar en el acompañamiento a las visitas de campo de los eventos de interés en Salud Pública e investigación de brotes y epidemias que afectan a la comunidad. 17. Apoyar con la consolidación de las acciones de investigaciones Epidemiológicas en Campo, relacionadas con la vigilancia en salud pública y los de los eventos de interés en Salud Pública. 18. Realizar las investigaciones Epidemiológicas de Campo e informes de los eventos de interés en Salud Publica, de requerirse por el supervisor. 1 19. Participar, mensualmente, en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) y el Comité de Estadísticas Vitales (EEVV) municipal. 20. Asistir a las capacitaciones convocadas por los entes Nacionales, Departamentales y Municipales, de

	a nivel municipal. 22. Apoyar en la convocatoria, logística y participación de las campañas y/o jornadas de "Salud con Corazón", programadas por la Secretaría de Salud de Funza. 23. Las demás actividades asignadas por el supervisor con calidad y oportunidad de acuerdo con el objeto contractual.

La presente certificación se expide por solicitud del interesado, se firma en el municipio de Funza, Cundinamarca, a los diecinueve (19) días del mes de enero del año dos mil veinticuatro (2024).

CONSTANZA BEDOYA GARCÍA
Secretaria Jurídica

	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CARGO	FIRMA	FECHA
Revisó	Wendy Bonilla Medina	Profesional Especializado		19/01/2024
Proyectó	Luz Dary Ovalle Roa	Auxiliar Administrativo		19/01/2024

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Fundación Universitaria del Área Andina

ACTA DE GRADO No. 1013

En Bogotá D.C., el 22 de julio de 2024 a las 09:00 horas, se reunieron:

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
PAOLA RUIZ DÍAZ, Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte
MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Para presidir la ceremonia de graduación de:

LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA

Identificada con C.C. No. 52664173, quien cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Por lo anterior, la Fundación Universitaria del Área Andina en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, la Asamblea y el Consejo Superior, le otorgan el título de **ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA** y proceden al registro de su diploma y acta de grado en el libro 3, folio 181, registro 40648.

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los 22 días del mes julio de 2024.

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

...COPIA.DIGITAL.AUTÉNTICA...

Código Seguro de Verificación: m6AC6PTxVKgpqzb7

UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Laura Carolina Gomez Palencia

CC No. 52,664.173

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución, la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Administradora en Salud Ocupacional

Código SNIES: 91236

en testimonio se firma y sella este diploma

Consejo de Fundadores

Rector General

Rector UBVD

Secretario General

Personería Jurídica otorgada por Resolución No. 0345 del 1 de Agosto de 1990, Ministerio de Educación Nacional.

República de Colombia

Folio 717 del Libro de Registro No. 812
Madrid, 10 de Septiembre de 2022
No. DP 8121627171781[illegible]

UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 162

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Certifica:

Que en el municipio de Madrid, departamento de Cundinamarca; el día diez (10) de Septiembre de dos mil veintidós (2022), la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de **Administradora en Salud Ocupacional** a **Laura Carolina Gomez Palencia** con cédula de ciudadanía No. **52.664.173** quien aprobó la opción de grado correspondiente y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No. **DP012162717178394** que la acredita como tal, registrado en el Folio **717** del Libro No. **012** de Registro de Títulos expedidos por la **Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.**

La Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES **91236** concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior se firma en el municipio de Madrid, departamento de Cundinamarca; el día diez (10) de Septiembre de dos mil veintidós (2022).

Javier Alonso Arango Pardo
Rector UBVD

Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General

La República de Colombia

y en su nombre

La Institución Educativa Departamental de Funza

Funza - Cundinamarca

Jornada Nocturna

Aprobado por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, según
Resolución Nº 005570 del 3 de Diciembre de 2003

Confiere a:

Laura Carolina Gómez Palencia

Identificado (a) con C.C. Nº 52.664.173 de Funza

El Título de

Bachiller Académico

Por haber finalizado y aprobado los ciclos lectivos especiales integrados, de la Educación Media Académica de Adultos, dando cumplimiento al Artículo 16 del Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997, según los planes y programas vigentes

INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL FUNZA

Rector — Secretaria Ejecutiva

Lic. Ramón Alvaro Rodríguez Núñez — Purificación Gómez Camacho

Libro de Registro Nº

Acta Nº 022 — Folio Nº 062

[illegible] - Cundinamarca, a los 24 días del mes de Junio del año 2005

[illegible] de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 021
[illegible] expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2[illegible] de Diciembre de 1998, Presidencia de la República.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL DE FUNZA

Carrera 2 N° 17 - 25 Barrio El Hato Teléfono: 825 99 38
Funza - Cundinamarca

Jornada Nocturna

081273
CODIGO ICFES

125286000611
INSCRIPCION DANE

En la ciudad de Funza - Cundinamarca, a los 24 días del mes de Junio del año 2005 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del grado undécimo Jornada Nocturna, los suscritos Rector y Secretaria Ejecutiva en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL DE FUNZA. Institución aprobada hasta Nueva Visita, en el Nivel de Educación Media Académica. Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académico, según Resolución N° 005570 del 3 de Diciembre de 2003 y de conformidad con el Articulo 27 del Decreto 3011del 19 de Diciembre de 1997

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as), que cumplieron y finalizaron satisfactoriamente todos los ciclos lectivos especiales integrados de la Educación Media Académica, se procedió a otorgar el

TITULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

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

Laura Carolina Gómez Palencia

Identificado (a) con C.C. N° 52.664.173 de Funza

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 022 Folio N° 062 de fecha 24 de Junio del año 2005 que consta de 35 alumnos (as) graduandos; que comienza con el nombre de ACOSTA HORTÚA CARLOS ALBERTO y se cierra con el nombre de TUSSO JHON FREDY

En constancia firman quienes en ella intervinieron en cumplimiento en lo ordenado en el Articulo 07 del Decreto 180 de 1989.

Lic. RAMON ALONSO RODRÍGUEZ NÚÑEZ — Rector y
PURIFICACIÓN GOMEZ CAMACHO — Secretaria Ejecutiva

Dada en Funza - Cundinamarca, a los 24 días del mes de Junio del año 2005

FIRMADA Y SELLADA

Rector

Secretaria Ejecutiva

Ramón Alonso Rodríguez Núñez
C.C. N° 19.332.093 de Bogotá

Purificación Gómez Camacho
C.C. N° 35.328.090 de Fontibón

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 295465582

PIB
21:12:39

Bogotá DC, 06 de mayo 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) LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52664173:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Olga Lucía Tibocha Cortés
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 06 de mayo de 2026, a las 21:15:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52664173
Código de Verificación	526641732605062115 58

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(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, 06/05/2026 09:22:21 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52664173** y Nombre: **LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA.**

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. **139688360** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:06:41 PM horas del 06/05/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52664173**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ PALENCIA LAURA 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: dijin.araic-atc@policia.gov.co

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:34:58 horas del 07/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52664173,** Apellidos y Nombres **GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA MUNICIPAL DE GIRARDOT**, con NIT **890680124-7** 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

TIC

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 52664173 **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 07/05/2026 01:48 PM

Código Verificación: **V5E1GHZ84C**

Válida hasta: **05/08/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

ACCION Y GESTION AYG SALUD OCUPACIONAL SAS

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 23/Ene/2024, **Hora:** 02:22.59 p m

HC: # 65239

Apellido: GOMEZ PALENCIA

Nombre: LAURA CAROLINA **Edad:** 40 años

Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 52664173 **Sexo:** Femenino **Rh:** A+

Direccion: CRA 19 B NÂ° 7-73 **Nacim:** 16/Dic/1983

Estado Civil: Viudo **EPS:** FAMISANAR **ARL:** Sin Definir **AFP:** PROTECCION

Empresa: Particular

Cargo: No Aplica **Ciudad:** Cundinamarca - Funza

Exámenes Realizados

☑ Examen Medico Ocupacional con enfasis osteomuscular ☑ Osteomuscular

Recomendaciones Empresa

Control Medico anual en Eps., 1- Estilo De Vida Saludable, 2- Énfasis en Actividad Física regular, Dotación y uso de EPP. Seguir normas de SG/SST. Pausas activas e higiene postural como lo indique la empresa, Distanciamiento social durante jornada laboral , Se recomienda el uso de tapabocas permanente, uso de guantes y lavado de manos constantemente..

Recomendaciones Específicas

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
	• 1- Estilo De Vida Saludable • 2- Énfasis en Actividad Física regular

Medicas	Laborales
• Control Medico anual en Eps.	• Dotación y uso de EPP. Seguir normas de SG/SST. Pausas activas e higiene postural como lo indique la empresa • Distanciamiento social durante jornada laboral. • Se recomienda el uso de tapabocas permanente, uso de guantes y lavado de manos constantemente.

Resumen Resultados

Examen	Resultado

Concepto

Sin restricción laboral

Recomendaciones Personalizadas

- Paciente que al examen medico ocupacional no presenta síntomas respiratorios, pulmones ventilados sin agregados, sin signos de dificultad respiratoria, saturando adecuadamente al medio ambiente, afebril, sin signos aparentes sospechosos de covid-19. En caso de signos de alarma consultar a EPS.

Consentimiento Informado

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 de 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador, cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los hallazgos fueron consignados en historia clinica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

CALLE 15 # 16 77 FUNZA CUNDINAMARCA TEL. 9223896 CEL. .3202525622

EMAIL. aygsaludocupacional@gmail.com

Jose Manuel Charris Contreras
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 10832/2014
Registro #: 73716-11

LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA
CC 52664173

Huell
Digit

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 220283ea-fd22-465c-bc12-cc07210d8e6c

Nombres y apellidos / Full name: **LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA**

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

Número de identificación / ID Number: **5 2 6 6 4 1 7 3**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **16/12/1982**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3132722051**

Correo electrónico / e-mail: **caril_528@hotmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
TD Adulto	Primera	26	03	2010		027L9004D	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	CLARA OJEDA
TD Adulto	Segunda	29	04	2010		EU407026	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	CLARA OJEDA
Hepatitis B Adultos	Primera	30	11	2010		20610606	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	CLARA OJEDA
Hepatitis B Adultos	Segunda	03	12	2010		20610606	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	CLARA OJEDA
TD Adulto	Primer Refuerzo	05	02	2011		20610606	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	CLARA OJEDA
TD Adulto	Tercera	04	05	2011		EU407026	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	CLARA OJEDA
Hepatitis B Adultos	Tercera	05	05	2011		20610606	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	CLARA OJEDA
Fiebre Amarilla	Única	05	05	2011		55478	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	CLARA OJEDA
TD Adulto	Cuarta	29	12	2011		024L1015C	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	CLARA OJEDA
TD Adulto	Quinta	30	06	2012		024L1008C	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	CLARA OJEDA
Hepatitis A Adultos	Primera	02	09	2014		AHAVB602CD	FUNZA SECRETARIA MUNICIPAL	
TdaP Acelular Gestante	Anual	06	10	2015		AC37B155AB	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	
Sarampión Rubéola	Adicional	13	04	2019		0128W1300Z	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	ROCIO JASBLEIDY MUÑOZ CACERES
COVID SINOVAC	Primera	17	06	2021	Sinovac	202104007M	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	YESICA MARTINEZ

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

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

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

El camé 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 Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - 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 Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID. 220283ea-fd22-466c-bc12-cc07210d6e6c

Nombres y apellidos / Full name: **LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA**

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

Número de identificación / ID Number: **5 2 6 6 4 1 7 3**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **16/12/1982**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3132722051**

Correo electrónico / e-mail: **caril_528@hotmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID PFIZER	Segunda	08	07	2021	PFIZER	EY0585	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	YESICA MARTINEZ
COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	17	01	2024	Catalent Indiana	019M22A	ESE de Orden Departamental Nuestra Señora de las Mercedes	MONICA ANDREA ALBA SOGAMOSO
Fiebre Amarilla	Única	26	05	2025		24F0617	CENTRO DE SALUD SIETE TROJES	YERALDI RIASCOS

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

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

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

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 Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - 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.

PAI
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

GOBIERNO DE COLOMBIA MINSALUD

NOMBRE: Laura Carolina Gomez Palencia **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52664173**

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION			NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA			NOMBRE DE VACUNADOR
		DD	MM	YYYY				DD	MM	YYYY	
Influenza estacional Mujeres gestantes a partir de la semana 14	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Tétanos, difteria reducida, B. pertussis acelular (TdaP) Mujeres gestantes a partir de la semana 26	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Toxoide tetánico y diftérico (Td)	Primera dosis	26	3	2010	027L9004D	GLAXO	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Segunda dosis	29	4	2010	EU407026	GLAXO	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Tercera dosis	4	5	2011	EU407026	GLAXO	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Cuarta dosis	29	12	2011	024L1015C	GLAXO	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Quinta dosis	30	6	2012	024L1008C	GLAXO	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Refuerzo 1	5	2	2011	20610606	SANOFI	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Refuerzo 2										
	Refuerzo 3										
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
Rabia Humana	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
Suero antirrábico	Primera dosis										
	Adicional										
DPT Acelular	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Primer Refuerzo										
	Segundo Refuerzo										
Fiebre Amarilla	Única	5	5	2011	55478	SANOFI	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
Fiebre tifoidea	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Hepatitis A	Primera dosis	2	9	2014	AHAVB602CD	Glaxo SmithKline	FUNZA SECRETARIA MUNICIPAL				Adriana Burbano Burbano
	Segunda dosis										
Hepatitis B	Primera dosis	30	11	2010	20610606	SANOFI	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Segunda dosis	3	12	2010	20610606	SANOFI	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Tercera dosis	5	5	2011	20610606	SANOFI	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Refuerzo										
	Adicional										
Influenza estacional	Primera										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
Anti tuberculosis (BCG)	Unica										
Triple viral	Unica										
	Refuerzo										
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	13	4	2019	0128W1300Z	Serum	Funza Hospital Nuestra Señora de las Mercedes	13	4	2019	ROCIO JASBLEIDY MUÑOZ CACERES
	Refuerzo										
Meningococo Conjugado	Primera										
	Segunda										
Meningococo Polisacárido	Unica										
Neumo Conjugado	Unica										
Neumococo Polisacárido	Primera dosis										
	Refuerzo										
Herpes zoster	Unica										
Colera	Unica										
Toxoide Tetánico	Primera										

Toxoide Tetánico	Segunda										
	Reluerzo										
	Refuerzo										
Dengue	Primera										
	Segunda										
	Refuerzo										
Varicela	Primera										
	Segunda										

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA identificado(a) con CC. 52664173 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2005/06/15**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FUNZA**
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 05 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) **GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **52.664.173** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de mayo de 2005 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 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 28 de mayo 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/**

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **28/05/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52664173**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570456170038982**
Fecha de apertura	**10/04/2008**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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

NIT. 900.750.333-1

CERTIFICA:

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 52.664.173, se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra la idoneidad y experiencia relacionada.

Para constancia de lo anterior se firma el veintiocho (28) días del mes de Mayo del Año dos mil veintiséis (2026).

MARICEL MUÑOZ CÁRDENAS
Profesional de Talento Humano

Elaboró y Proyectó: Maricel Muñoz Cárdenas / Profesional de Talento Humano
Revisó y Aprobó: Mario Enrique Góngora Contreras / Subgerente Administrativo y Financiero

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

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera