



CERTIFICA QUE :

Nombre : GOICOCHEA OROZCO FLOR MILENA
Cédula de ciudadanía No. : 22.504.159
Programa : INGENIERIA DE MERCADOS
Se matriculó en : NOVENO Semestre
Jornada : Nocturna
Periodo académico : Agosto - Diciembre
Año académico : 2.003
intensidad Horaria : 25 Horas Semanales
Acuerdo del programa : Resolución 03 del 16 de julio de 1994
Código ICFES : 280543816590800111200
Valor del semestre : \$1.167.600
En letras : UN MILLON CIENTO SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS

Para mayor constancia se firma el presente certificado a petición del interesado en la ciudad de Barranquilla a los 14 días del mes de Enero del año 2010.

RODOLFO PEREZ VASQUEZ
Secretario General

Dpto Sistemas. SIA. Fecha : 14/01/2010--03:44:50p.m. Pro : Matricula/FMatConstancias User : BBORRERO Equipo : S2-TALLER-USU,

Certifica a:

FLOR GOICOCHEA OROZCO

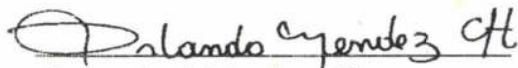
CC. 22.504.159

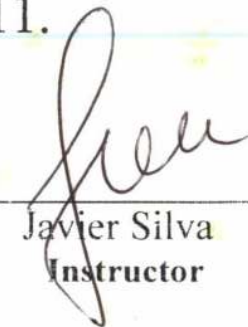
Asistió al Curso:

**HERRAMIENTAS BASICAS DE INFORMATICA:
WINDOWS, WORD Y EXCEL**

Con una intensidad de 50 Horas .

Barranquilla, 18 de Junio de 2011.


Orlando Méndez Chamorro
Coordinador de Capacitación


Javier Silva
Instructor

VIGILADO
Superintendencia del
Subsidio Familiar



Certifica Que:

FLOR GOICOCHEA OROZCO

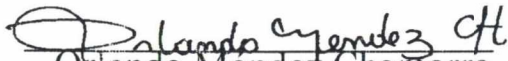
CC. 22.504.159

Asistió al Seminario:

SERVICIO AL CLIENTE

Con una intensidad de 20 Horas.

Barranquilla, Noviembre 26 de 2011


Orlando Méndez Chamorro
Coordinador de Capacitación


Marcela Paz Glen
Instructor

FALABELLA DE COLOMBIA S.A.

NIT 900.017.447-8

falabella.

LA GERENCIA DE GESTIÓN HUMANA

CERTIFICA

Que el señor FLOR MILENA GOICOCHEA OROZCO, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 22.504.159 de BARRANQUILLA, laboró en nuestra compañía desde el 02 de Abril de 2012 hasta el 01 de Septiembre de 2013 y el último cargo desempeñado fue VENDEDOR INTEGRAL JORNADA 36 HORAS.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los diecisiete (17) días del mes de Septiembre de 2013.

Cordialmente,



CARLOS FABIAN PARRA VASQUEZ
Jefe De Compensacion Y Salarios



Nit. 900.314.486-9

A QUIEN INTERESE

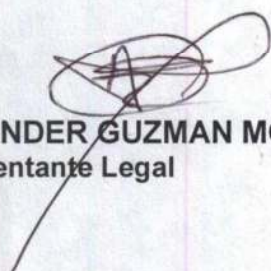
Hacemos constar que el(a) señor(a) **GOIGOECHEA OROZCO FLOR MILENA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° **22504159** laboró en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que duró la obra o labor determinada en nuestra empresa cliente **CLINICA DE LA COSTA LTADA** Como trabajador(a) en misión desde el 1 de Febrero de 2016 hasta el 30 de Diciembre de 2016.

Devengo un salario básico mensual: **\$730000.oo.**

Desempeñó el cargo de **AUXILIAR DE FACTURACION.**

Se expide la siguiente certificación el 30 de Diciembre de 2016.

Atentamente,


ALEXANDER GUZMAN MOSCOTE
Representante Legal



Nit. 900.314.486-9

A QUIEN INTERESE

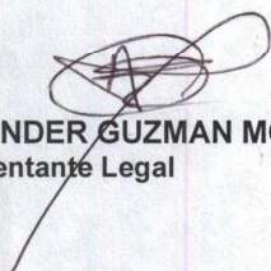
Hacemos constar que el(a) señor(a) **GOIGOECHEA OROZCO FLOR MILENA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° **22504159** laboró en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que duró la obra o labor determinada en nuestra empresa cliente **CLINICA DE LA COSTA LTADA** Como trabajador(a) en misión desde el 1 de Febrero de 2016 hasta el 30 de Diciembre de 2016.

Devengo un salario básico mensual: **\$730000.oo.**

Desempeñó el cargo de **AUXILIAR DE FACTURACION.**

Se expide la siguiente certificación el 30 de Diciembre de 2016.

Atentamente,



ALEXANDER GUZMAN MOSCOTE
Representante Legal

NIT. 900376475-3

A QUIEN INTERESE:

Hacemos constar que el(a) señor(a) **GOICOCHEA OROZCO FLOR MILENA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía **N° 22504159** laboró en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que duró la obra o labor determinada en nuestra empresa cliente **CLINICA DE LA COSTA LTDA** Como trabajador(a) en misión desde el 1 de septiembre de 2019 hasta el 3 de marzo de 2020

Devengo un salario básico mensual **\$950000.00**

Desempeño el cargo de: **AUXILIAR DE FACTURACION.**

Se expide la siguiente certificación el 3 de marzo de 2020.

Atentamente,


YANETH TOVAR SIERRA
Representante Legal



**MODIFICATORIO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O
DE APOYO A LA GESTION
No. TH 2023 2122**

CONTRATANTE:	ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD
NIT:	802.013.023-5
CONTRATISTA:	FLOR MILENA GOICOCHEA OROZCO
C.C:	22504159
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR FACTURACION
VALOR:	TRES MILLONES CIEN MIL PESOS(3100000) M/L
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2535 del 01 DE AGOSTO DE 2023
PLAZO:	01 DE AGOSTO DE 2023HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023

Entre los suscritos a saber: **ANSELMO JOSE HOYOS FRANCO**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía número 8.631.184 expedida en el municipio de Sabanalarga - Atlántico, quien en su condición de Gerente de la **ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**, se encuentra debidamente autorizado para celebrar convenios y contratos a nombre de la Empresa de conformidad con lo dispuesto por el *Estatuto Contractual de la Empresa Social del Estado*, y quien en adelante y para efectos contractuales se denominara **LA E.S.E.** de una parte y por la otra y por la otra, **FLOR MILENA GOICOCHEA OROZCO**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No 22504159 quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**; las partes hemos decidido celebrar el presente contrato modificatorio al acuerdo de voluntades radicado bajo el número No. 1 previas las siguientes consideraciones que se relacionan a continuación: 1) Que entre las partes signantes del presente documento se celebró contrato de prestación de servicios cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR FACTURACION** 2) Que la cláusula tercera del acuerdo de voluntades estableció cómo plazo del contrato, desde su legalización y hasta el **30 DE SEPTIEMBRE DE 2023** inclusive. 3) Que en la cláusula cuarta se acordó valor del contrato la suma de: **TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L(\$3100000)** 4) Que da la naturaleza del acuerdo de voluntades, es decir, las actividades a las que se obliga el contratista, la administración requiere que aquellas se sigan prestando durante 30 días más a efectos que el objeto acordado cumpla el propósito que generó la suscripción del acuerdo de voluntades. 5) Que por lo anterior, y a efectos de garantizar los principios que rigen, no sólo la función administrativa, sino la gestión contractual estatal, lo que procede legal y contractualmente es, ante la necesidad de ampliar el plazo pactado en el acuerdo de voluntades, efectuar el reconocimiento del mayor valor generado con ocasión del incremento del lapso convenido. 6) Que, por regla general, los contratos estatales pueden ser modificados cuando sea necesario para lograr su finalidad y en aras de la realización de los fines del Estado, a los cuales sirve el contrato, así como poder brindarle una ejecución apegada a la realidad de las circunstancias estipuladas dentro del mismo y de los soportes contractuales que direccionan su suscripción. 7) Que tal posibilidad de modificación a más de estar estipulada en el estatuto de contratación de la E.S.E, está proveída por los Artículos 14 y 16 de la Ley 80 de 1993, los cuales facultan a las entidades contratantes a modificar los contratos de común acuerdo o de forma unilateral, para "(...) evitar la paralización o la afectación grave de los servicios públicos a su cargo y asegurar la inmediata, continua y adecuada prestación", entre otros. 8) Que al respecto la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado en concepto del 13 de Agosto de 2009 estableció que "La contratación estatal responde de múltiples maneras a ese mandato y, en cuanto al concepto que se emite, se resalta que la posibilidad de modificar los contratos estatales es una especial forma de hacer prevalecer la finalidad del contrato sobre los restantes elementos de este. Por mutualidad del contrato estatal se entiende el derecho que tiene la administración de variar, dadas ciertas

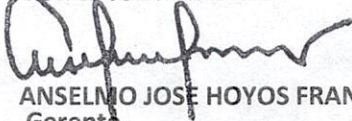


condiciones, las obligaciones a cargo del contratista particular, cuando sea necesario para el cumplimiento del objeto y de los fines generales del Estado." 9) Que no es menos cierto que nuestro ordenamiento jurídico en materia de Contratación Pública, estipula que la modificación puede ser fruto de un acuerdo de voluntades o de una decisión unilateral de la entidad contratante en ejercicio de su función de dirección del contrato 10) Que, en virtud de lo anterior, así como del ejercicio de la autonomía de la voluntad, previa verificación del expediente contractual y a fin de evitar inconvenientes en la etapa contractual se procede con el presente **OTROSI MODIFICATORIO No. 1** al contrato No. **TH 2023 2122** las partes acuerdan celebrar el presente otrosí modificatorio, el cual se registrá por las siguientes cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA - OBJETO:** El presente otrosí tiene por objeto modificar el contenido de la **CLÁUSULA TERCERA, PLAZO DEL CONTRATO Y CLÁUSULA CUARTA, VALOR DEL CONTRATO**, las cuales quedarán así: **CLÁUSULA TERCERA:** Las partes convienen que el presente contrato se extenderá hasta el día 31 DE OCTUBRE DE 2023 inclusive. **CLÁUSULA CUARTA, VALOR DEL CONTRATO:** para todos los efectos fiscales y legales es valor del presente contrato es por la suma de **UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS,(\$1550000)** de conformidad con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. 3254 de fecha 29 DE SEPTIEMBRE DE 2023, expedido por el Encargado de presupuesto de la entidad, La E.S.E. cancelará al Contratista los valores antes señalados, previa presentación del acta de recibo a satisfacción por parte del supervisor que el hospital asigne. Para efectos de pago el contratista deberá presentar además de lo anterior, la constancia y/o informes correspondientes a la realización de las actividades propias del objeto contractual, factura o cuenta de cobro, certificación de cumplimiento emitida por el supervisor designado por la Gerencia y soportes de Pago de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, Riesgos Laborales) y Parafiscales si a ellos hubiere lugar. **CLÁUSULA SEGUNDA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES:** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales del Contrato principal, no modificadas por el presente documento, permanecen vigentes y su exigibilidad permanece. **CLÁUSULA TERCERA. - PERFECCIONAMIENTO:** El presente acto se perfecciona con la firma de las partes.

CLÁUSULA CUARTA. – EQUILIBRIO ECONÓMICO: La presente aclaración no afecta el equilibrio económico del contrato, tal como lo reconoce EL CONTRATISTA con la suscripción de este documento.

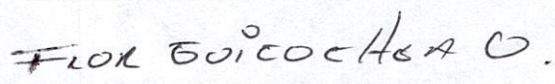
En constancia de entendimiento y aceptación del presente documento, se firma en dos (02) ejemplares del mismo tenor y valor a los 29 días del mes de Septiembre de 2023.

POR EL CONTRATANTE:



ANSELMO JOSÉ HOYOS FRANCO
Gerente

POR EL CONTRATISTA:



FLOR MILENA GOICOCHEA OROZCO
CC: 22504159

Elaboró: Erika Ascencio-Profesional Contratación TH
Proyecto: Dr Edurado Rodríguez -Asesor Gerencia
Revisó: Edwin Perez -Asesor Gerencia
Aprobó: Fabián Colpas_ Jefe Talento Humano
FACTURACION CENTRAL

EPS



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **FLOR MILENA GOICOHEA OROZCO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **22504159** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 22504159
NOMBRES Y APELLIDOS	FLOR MILENA GOICOHEA OROZCO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	18/06/2015
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	561
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **30/12/2023**

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

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FLOR MILENA GOICOCHEA OROZCO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **22504159**, se encuentra afiliado/a desde **03/04/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



RAMON ENRIQUE DE LA CRUZ MENDEZ
MEDICO SALUBRISTA OCUPACIONAL
RESOLUCIÓN 2538/2014
Email: rdelacruzmenendez@hotmail.com
Barranquilla – Atlántico
Dirección: calle 41 #22 – 71- Celular 3006760217

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO**

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos: FLOR MILENA GOICOCHEA **Id:** CC 22.504.159
Fecha de nacimiento: 1980-02-07 **Edad:** 41 años **Genero** : F
Dirección: CARRERA 9 B N 45-79 **Telefono:** 3135794651
Estatura (cms): 160 **Peso (kgs):** 69 **Imc:** 26.95 - SOBREPESO
Empresa: HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD **Dirección:** CALLE 40 NO33-01
Cargo: AUXILIAR DE FACTURACION
Fecha de realización: 01-12-2023



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS:

VISIONOMETRIA

CONCEPTO:

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

Estilos de vida saludables-, Fomento del autocuidado-,Higiene postural-,Pausas activas-,Posiciones ergonómicas-

OBSERVACIONES

Paciente en buenas condiciones generales, fuerza y tono muscular conservado, signos vitales dentro de los parámetros normales sin limitación ocupacional a la fecha,

RESTRICCIONES LABORALES

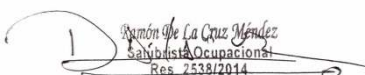
NINGUNA POR EL MOMENTO

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

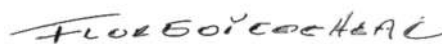
Auditivo	Cardiovascular	Ergonómico	Metabólico	Psicosocial	Respiratorio	Visual	Otros
----------	----------------	------------	------------	-------------	--------------	--------	-------

REMISIÓN	SI	NO	X	REMISIÓN EPS	SI	NO	X	REMISIÓN ARL	SI	NO	X
----------	----	----	---	--------------	----	----	---	--------------	----	----	---

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra entidad.


Ramón De La Cruz Mendez
Salubrista Ocupacional
Res. 2538/2014

Dr Ramón De La Cruz Mendez
Medico Ocupacional
Registro médico 01-564 minsalud.
Resolución S.O. #2538/2014 Atlántico


FLOR GOICOCHEA

Trabajador: FLOR MILENA GOICOCHEA
CC 22504159

Dirección: Calle 41 #22 - 71

Teléfono: 3008367304

E-mail: rdelacruzmenendez1@gmail.com



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **FLOR MILENA GOICOCHEA OROZCO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **22504159** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 22504159
NOMBRES Y APELLIDOS	FLOR MILENA GOICOCHEA OROZCO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	18/06/2015
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	591
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47
EMPLEADOR(ES)	CC 22504159 FLOR GOICOCHEA DESDE 01/05/2020

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 19/07/2024

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

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

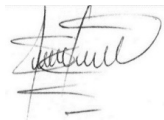
epssura.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FLOR MILENA GOICOCHEA OROZCO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **22504159**, se encuentra afiliado/a desde **03/04/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de julio de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



RAMON ENRIQUE DE LA CRUZ MENDEZ
MEDICO SALUBRISTA OCUPACIONAL
RESOLUCIÓN 2538/2014
Email: rdelacruzmenendez@hotmail.com
Barranquilla – Atlántico
Dirección: calle 41 #22 – 71- Celular 3006760217

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO**

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos: FLOR MILENA GOICOCHEA **Id:** CC 22.504.159
Fecha de nacimiento: 1980-02-07 **Edad:** 41 años **Genero** : F
Dirección: CARRERA 9 B N 45-79 **Telefono:** 3135794651
Estatura (cms): 160 **Peso (kgs):** 69 **Imc:** 26.95 - SOBREPESO
Empresa: HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD **Dirección:** CALLE 40 NO33-01
Cargo: AUXILIAR DE FACTURACION
Fecha de realización: 01-12-2023



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS:

VISIONOMETRIA

CONCEPTO:

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

Estilos de vida saludables-, Fomento del autocuidado-,Higiene postural-,Pausas activas-,Posiciones ergonómicas-

OBSERVACIONES

Paciente en buenas condiciones generales, fuerza y tono muscular conservado, signos vitales dentro de los parámetros normales sin limitación ocupacional a la fecha,

RESTRICCIONES LABORALES

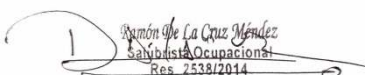
NINGUNA POR EL MOMENTO

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

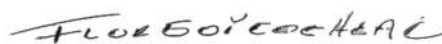
Auditivo	Cardiovascular	Ergonómico	Metabólico	Psicosocial	Respiratorio	Visual	Otros
----------	----------------	------------	------------	-------------	--------------	--------	-------

REMISIÓN	SI	NO	X	REMISIÓN EPS	SI	NO	X	REMISIÓN ARL	SI	NO	X
----------	----	----	---	--------------	----	----	---	--------------	----	----	---

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra entidad.


Ramón De La Cruz Mendez
Salubrista Ocupacional
Res. 2538/2014

Dr Ramón De La Cruz Mendez
Medico Ocupacional
Registro médico 01-564 minsalud.
Resolución S.O. #2538/2014 Atlántico



Trabajador: FLOR MILENA GOICOCHEA
CC 22504159

Dirección: Calle 41 #22 - 71

Teléfono: 3008367304

E-mail: rdelacruzmenendez1@gmail.com

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN
DE DATOS PERSONALES**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la E.S.E **HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1.La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.

6. Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Soledad, el 01 de febrero de 2025

Firma: 

Nombre: FLOR GOICOCHEA OROZCO

Identificación: 22504159





RAMON ENRIQUE DE LA CRUZ MENDEZ
MEDICO SALUBRISTA OCUPACIONAL
RESOLUCIÓN 2538/2014
Email: rdelacruzmenendez@hotmail.com
Barranquilla – Atlántico
Dirección: calle 41 #22 – 71- Celular 3006760217

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO**

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos: FLOR MILENA GOICOCHEA **Id:** CC 22.504.159
Fecha de nacimiento: 1980-02-07 **Edad:** 42 años **Genero** : F
Dirección: CARRERA 9 B N 45-79 **Telefono:** 3135794651
Estatura (cms): 160 **Peso (kgs):** 69 **Imc:** 26.95 - SOBREPESO
Empresa: HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD **Dirección:** CALLE 40 NO33-01
Cargo: AUXILIAR DE FACTURACION
Fecha de realización: 01-09-2024



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS:

VISIOMETRIA

CONCEPTO:

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

Estilos de vida saludables-, Fomento del autocuidado-,Higiene postural-,Pausas activas-,Posiciones ergonómicas-

OBSERVACIONES

Paciente en buenas condiciones generales, fuerza y tono muscular conservado, signos vitales dentro de los parámetros normales sin limitación ocupacional a la fecha,

RESTRICCIONES LABORALES

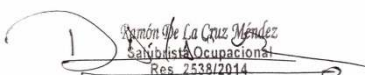
NINGUNA POR EL MOMENTO

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Auditivo	Cardiovascular	Ergonómico	Metabólico	Psicosocial	Respiratorio	Visual	Otros
----------	----------------	------------	------------	-------------	--------------	--------	-------

REMISIÓN	SI	NO	X	REMISIÓN EPS	SI	NO	X	REMISIÓN ARL	SI	NO	X
----------	----	----	---	--------------	----	----	---	--------------	----	----	---

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra entidad.


Ramón De La Cruz Mendez
Salubrista Ocupacional
Res. 2538/2014

Dr Ramón De La Cruz Mendez
Medico Ocupacional
Registro médico 01-564 minsalud.
Resolución S.O. #2538/2014 Atlántico



Trabajador: FLOR MILENA GOICOCHEA
CC 22504159

Dirección: Calle 41 #22 - 71

Teléfono: 3008367304

E-mail: rdelacruzmenendez1@gmail.com



CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), FLOR GOICOCHEA OROZCO identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 22.504159 expedida en BARRANQUILLA actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 01 de febrero de 2025

Firma: *FLOR GOICOCHEA O.*
C.C 22.504.159
Nombre: **FLOR GOICOCHEA OROZCO**

