| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO:** Gerencia de Talento humano | CÓDIGO | TH_FTO_10 |
| | | VERSIÓN | 05 |
| | | VIGENCIA | 30/04/20265 |

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

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**CARGO:**

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CUMPLE | | | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | N/A | |
| | **GESTIÓN DE TALENTO HUMANO** | | | | |
| 1 | Propuesta de servicios dirigida al gerente | | | | |
| 2 | Hoja de vida (actualizada con foto) | | | | |
| 3 | Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjeria | | | | |
| 4 | Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años | | | | |
| 5 | Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses | | | | |
| 6 | Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses | | | | |
| 7 | Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses | | | | |
| 8 | Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses | | | | |
| 9 | Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos | | | | |
| 10 | Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018. | | | | |
| 11 | Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería) | | | | |
| 12 | Registro usuario Secop II | | | | |
| 13 | RUT Actualizado | | | | |
| 14 | Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo. | | | | |
| 15 | Certificado actual de afiliación EPS | | | | |
| 16 | Certificado actual de afiliación fondo de pensiones | | | | |
| 17 | Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II | | | | |
| 18 | Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes) | | | | |
| 19 | Formato de oferta de prestación de servicios | | | | |
| 20 | Formato de indemnidad | | | | |
| 21 | Formato de ARL | | | | |
| 22 | Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Titulos) | | | | |
| 23 | Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información | | | | |
| 24 | Formato de Inhabilidades e incompatibilidades | | | | |
| 25 | Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales) | | | | |
| 26 | Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo | | | | |
| 27 | Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo | | | | |
| 28 | Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años | | | | |
| | **SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO** | | | | |
| 29 | Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 30 | Técnico *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 31 | Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 32 | Profesional *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 33 | Especialización *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 34 | Maestría *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 35 | Tarjeta profesional | | | | |
| 36 | Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca | | | | |
| 37 | RETHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales) | | | | |
| 38 | Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros | | | | |
| | **CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES VIGENCIA NO MAYOR A 2 AÑOS** | | | | |
| 39 | Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial) | | | | |
| 40 | Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales) | | | | |
| 41 | Manejo del duelo (Asistenciales) | | | | |
| 42 | Inducción – reinducción corporativa (Todos) | | | | |
| 43 | Certificado Dengue y fiebre amarilla | | | | |
| | **AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS** | | | | |
| 44 | Soporte vital básico con fecha de vigencia | | | | |
| 45 | Toma de muestra con fecha de vigencia | | | | |
| 46 | Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT) | | | | |
| | **JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS** | | | | |
| 47 | Toma de muestra con fecha de vigencia | | | | |
| 48 | Soporte vital avanzado con fecha de vigencia | | | | |
| 49 | Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT) | | | | |
| | **MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS** | | | | |
| 50 | Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia | | | | |
| 51 | Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria) | | | | |
| 52 | Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS. | | | | |
| 53 | Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT) | | | | |
| | **MEDICO URGENCIOLOGO** | | | | |
| 54 | Certificado en formación de sedación | | | | |
| | **ODONTOLOGO** | | | | |
| 55 | Certificado radio protección * Vigencia 2 años | | | | |
| | **AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD** | | | | |

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

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

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

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

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

**COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O**
**QUIEN HAGA SUS VECES**

Nubia García Jaramillo
Enfermera Jefe
U. Nacional de Colombia
Resolución 25128 ... 9/07

Soacha, 04 de junio de 2026

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO

Cargo: HIGIENISTA ORAL

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

Cordialmente,

CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO
CC: 1073684869
Dirección: CARRERA 12ª 19 SUR 38
**Email: Cristomicina013@gmail.com**
Teléfono/ Celular: 3203587534

## DATOS PERSONALES


| | |
|---|---|
| **NOMBRE** | **CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO** |
| **DOCUMENTO** | 1073684869 de Soacha |
| **DIRECCION** | Carrera 12 A N° 19 sur-38 |
| **TELEFONO** | 7 12 35 94 – CEL: 320 358 75 34 |
| **E-MAIL** | cristomicina013@gmail.com |


## PERFIL LABORAL

Higienista Oral y Técnico en Salud Pública con más de **siete (7) años de experiencia** en el área de la **salud pública**, enfocado en la promoción, prevención y educación en salud bucal a nivel individual y comunitario.
Experiencia en el desarrollo e implementación de programas de salud, campañas preventivas y actividades educativas dirigidas a poblaciones vulnerables.
Cuento con habilidades en atención preventiva, aplicación de protocolos de bioseguridad, trabajo comunitario y articulación con equipos interdisciplinarios del sector salud. Actualmente me encuentro cursando estudios en **Trabajo Social**, lo que fortalece mi enfoque integral y social, permitiéndome comprender los determinantes sociales de la salud y contribuir a la mejora del acceso y la equidad en los servicios de salud.
Me caracterizo por mi compromiso ético, responsabilidad, empatía, capacidad de trabajo en equipo y orientación al servicio comunitario.

## FORMACION ACADEMICA

TECNICO EN HIGIENE ORAL
Nivel educativo: técnica profesional
Institución: Cencadent
Fecha finalización: 2008

TECNICO EN SALUD PUBLICA
Nivel educativo: técnica profesional
Institución: Sena
Fecha finalización: 2018

BACHILLER ACADEMICO
Nivel educativo: Media
Institución: IED Compartir
Fecha finalización: 2007

EN FORMACION PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL
Nivel educativo:
Profesional

## EXPERIENCIA LABORAL

**ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA**
**TIEMPO EN EL CARGO:** 9 meses
**JEFE INMEDIATO: Katherine Ariza**
**Fecha ingreso/retiro:** 6 de Abril de 2025- 27 Diciembre de 2025
**Funciones y logros:** 1. Realizar acciones de educación en prácticas de salud bucal a padres y/o cuidadores. 2. Realizar acciones de educación en prácticas de salud bucal a docentes de las IE, CDI y HCB. 3. Realizar acciones de educación a lideres comunitarios con relación a prácticas de salud bucal. 4. Realizar acciones de educación en salud bucal a los adultos mayores que se encuentren en instituciones de protección y/o geriátricos. 5. Realizar acciones de educación en salud bucal a personas con discapacidad y cuidadores. 6. Realizar acciones de educación en factores protectores de salud bucal en trabajadores informales. 7. Realizar acciones de educación en prácticas de salud bucal con niños, niñas y adolescentes de las IE de Soacha. 8. Realizar acciones de educación en prácticas de salud bucal con niños, niñas de los CDI y HCB. 9. Realizar seguimiento en hogar a gestantes y lactantes garantizado hábitos de salud bucal. 10. Realizar el diligenciamiento físico y digital de la base de acciones colectivas, garantizando la toma del dato y el registro con calidad. 11. Realizar la entrega de información en medio físico y magnético en los tiempos que indique el enlace operativo y el supervisor del contrato de acuerdo con cada una de las obligaciones contractuales

**SUBRED SUR ENTORNO HOGAR**
**JEFE INMEDIATO: Cindy Quintero**
**Fecha ingreso/retiro:** 25 de mayo de 2023- 31 mayo de 2024
**Funciones y logros:** 1. realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de sds 2. realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos en salud, de acuerdo a las actividades y criterios establecidas en el lineamiento operativo 3. realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento segun el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento 4. realizar el registro de la ficha de notificación no. 346 en los puntos de toma de muestras covid 19 5. realizar la aplicación de encuesta de percepción sobre las medidas de aislamiento en el marco de pandemia 6. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la sds, recomendaciones del referente y el lider. 7. proyectar y actualizar cronograma de actividades acorde a los productos establecidos 8. participar en reuniones, asistencias tecnicas convocadas por la subred y/o sds 9. adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. 10. participar en las demas acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la institución y del pic.

**SUBRED SUR CONVENIO EDUCATIVO**
**TIEMPO EN EL CARGO:** 11 meses
**JEFE INMEDIATO: Amanda Romero**
**Fecha ingreso/retiro:** 20 de Enero de 2022- 30 Noviembre de 2022
**Funciones y logros:** Apoyar en la adecuada implementación de los protocolos institucionales para el manejo, la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID-19. 2-Diligenciar el instrumento de registro de condiciones al ingreso de los estudiantes, docentes y administrativos de la IED asignada, de acuerdo con el lineamiento del MEN, la SED y respectivo protocolo institucional. 3-Efectuar bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos COVID19 en la IED, en el formulario alojado en la página institucional de la SED.4-Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED manejo inicial a presuntos casos COVID 19 y activar ruta de atención. 5- Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativa) para la

prevención del contagio por COVID 19 en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio. 6- Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable para mitigación de contagio por COVID 19, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio. 7- Participar en los procesos de capacitación que efectúe la SED y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes. 8- Asistir y participar en las reuniones del comité institucional de contingencia por COVID 19 en el marco de la Reapertura Gradual, Progresiva y Segura (RGPS). 9-Apoyar al Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo – COPASST- y a la brigada escolar institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, donde se incluye el procedimiento operativo normalizado por COVID-19. 10- Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual. 11-Seguir los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social, así como de las autoridades competentes para el manejo, la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID-19, así como consultar y poner en práctica los protocolos establecidos por la Entidad en la prevención del COVID-19.

**SUBRED SUR OCCIDENTE CENTRO ESCUCHA HABITANZA EN CALLE**
**TIEMPO EN EL CARGO:** 4 meses
**JEFE INMEDIATO: Jonatan vera**
**Fecha ingreso/retiro:** 24 de Abril de 2021- 31 Agosto de 2021
**Funciones y logros:** Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas. Presentar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por la secretaria Distrital de Salud, Grupos focales convocados por la universidad que realizara la evaluación del modelo, lideres territoriales o por la Subred. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del Líder del Territorio.

**PILOTAJE NUEVO MODELO EN SALUD SUBRED SUR OCCIDENTE**
**TIEMPO EN EL CARGO:** 2 meses
**JEFE INMEDIATO: Diana Velandia**
**Fecha ingreso/retiro:** 12 de enero de 2021- 31 marzo de 2021
**Funciones y logros:** Encargado de realizar actividades enfocadas en atención primaria en salud en el ámbito de salud oral, visitando familias priorizadas según ciclo de vida, educando a la familia en actividades de promoción y prevención en salud pública, posterior realizar intervenciones en el plan familiar donde se da indicaciones puntuales revisadas en conjunto con el equipo de enfermería y psicología en el plan de cuidado.

**E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**
**CARGO: Higienista oral en salud publica**
**JEFE INMEDIATO: Lorena Velandia**
**Fecha ingreso/retiro:** marzo de 2020- agosto de 2020
**Funciones y logros:** encargado de realizar talleres de educación en métodos de prevención covid-19 por medio de infografías, realización de acciones de información educación y comunicación del riesgo asi como búsqueda activa de casos sospechosos sintomáticos respiratorios en puntos y zonas priorizadas. Talleres educativos en colegios y jardines ICBF y adulto mayor, promoción y prevención en salud pública, visitas domiciliarias realizando educación en pyp.

FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-1989

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.65 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

28-ENE-2010 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

P-1524700-00909047-M-1073684869-20170601 0055601902A 1 9910023124

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.073.684.869

RAMOS AVENDAÑO

APELLIDOS

CRISTIAN DAVID

NOMBRES

FIRMA

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**

**EJÉRCITO NACIONAL**

**COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS**

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

**C E R T I F I C A**

Que el señor CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1073684869, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

| | |
|---|---|
| Primer Nombre: | CRISTIAN |
| Segundo Nombre: | DAVID |
| Primer Apellido: | RAMOS |
| Segundo Apellido: | AVENDAÑO |
| Tipo Documento: | Cédula de Ciudadanía |
| Número Documento: | 1073684869 |
| Clase Libreta Militar: | Segunda Clase |

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 3 días del mes de Junio de 2026, a las 4:15:38 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 297410932

PIB
22:50:40


Bogotá DC, 03 de junio 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) CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073684869:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 03 de junio de 2026, a las 17:32:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1073684869 |
| Código de Verificación | 1073684869260603173212 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 04:20:03 PM horas del 03/06/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1073684869**
Apellidos y Nombres: **RAMOS AVENDAÑO CRISTIAN DAVID**

**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

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, 03/06/2026 04:21:17 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1073684869** y Nombre: **CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO.**

## 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. **141455137** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1073684869 **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 03/06/2026 04:37 PM

Código Verificación: **456R9LFSTH**

Válida hasta: **01/09/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 16:43:40 horas del 03/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1073684869,** Apellidos y Nombres **RAMOS AVENDAÑO CRISTIAN DAVID**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Empresa Social del Estado, la Región de Salud** , con NIT **800006850-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

---

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

> Portal web DIJIN

> Consulta Antecedentes Judiciales

> Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307

Página principal

Búsqueda ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾ Ir a

Buscar

Inicio → Configuraciones de perfil

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

Editar

## Información del usuario

| | |
|---|---|
| Cargo | Ingeniero Civil |
| Título | |
| Nombre | Cristian David |
| Apellidos | Ramos Avendaño |
| Fecha de Nacimiento | 13/12/1989 |
| Nivel Educativo | Técnico o tecnológico completa (con o sin título) |
| Genero | Hombre |
| ¿Tiene alguna discapacidad? | Sí No |
| Nombre y apellido | Cristian David Ramos Avendaño |
| Tipo de documento | Cédula de Ciudadanía |
| Numero de documento | 1073684989 |
| Dirección | |
| Codigo postal | |
| Estrato | 2 |
| Ubicación | Soacha |
| País | COLOMBIA |
| Correo electronico | cristian_civil@hotmail.com |
| Teléfono | |
| Celular | 3203587634 |

## Configuración

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

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

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

| FECHA: | 2026-06-04 | CIUDAD: | SOACHA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

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

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| RAMOS | AVENDAÑO | CRISTIAN | DAVID |

| TIPO DE IDENTIFICACION | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|
| C.C. X; C.E. ; R.C. ; NUIP | 1073684869 | SOACHA | 2010-01-28 |

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

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1989-12-13 | BOGOTA DC | COLOMBIA | COLOMBIANO |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) X; CASADO(A) ; DIVORCIADO(A) ; UNION LIBRE ; VIUDO(A) | 1 | 1 | 3203587534 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CRA 12 A 19S 38 | SOACHA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 3203587534 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA |
|---|---|---|
| cristomicina013@gmail.com | N/A | PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA X |

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

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|
| C.C. ; C.E. ; R.C. ; NUIP | | | |

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

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO ☐ | ESTUDIANTE ☐ | HOGAR ☐ | PENSIONADO ☐ | CUAL: TECNICO HIGIENE ORAL |
| SOCIO ☐ | CONTRATISTA X | COMERCIANTE ☐ | EMPLEADO PUBLICO ☐ | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ | EMPLEADO SOCIO ☐ | | OTRA . . . . X | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | | | | CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ☐ | IVA | SI ☐ | NO X | 8622 |
| | | NO X | ICA | SI ☐ | NO X | PRINCIPAL: X SECUNDARIA: ☐ |

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

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

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

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIER ☐ TRANSPOR ☐ TECNOLO ☐ ALIME S MEDICAME S

OTRA ☐ CUAL:

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

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

| CARGO ACTUAL | NOMBRE DEL CARGO: TECNICO HIGIENE ORAL | FECHA VINCULACION | jun-26 |
|---|---|---|---|

## 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

## 5. INFORMACIÓN FINANCIERA

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | $ 0 | GASTOS FAMILIARES | $ 1,000,000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | $ 0 |
| HONORARIOS | $ 3,000,000 | ARRIENDOS | $ 700,000 | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | $ 0 | CUOTA VEHICULO | $ 0 | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | $ 0 |
| COMISIONES | $ 0 | CUOTA VIVIENDA | $ 0 | PROPIEDADES | $ 0 | DEUDAS TERCEROS | $ 0 |
| OTROS INGRESOS* | $ 0 | OTROS EGRESOS* | $ 800,000 | OTROS ACTIVOS* | $ 0 | OTROS PASIVOS* | $ 0 |
| TOTAL INGRESOS | $ 3,000,000 | TOTAL EGRESOS | $ 2,500,000 | TOTAL ACTIVOS | $ 0 | TOTAL PASIVOS | $ 0 |

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

## 6. REFERENCIAS PERSONALES

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

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| LOPEZ | | JIMMY | ALIRIO |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| CARRERA 14 36S 89 | SOACHA/ CUNDINAMARCA/ COLOMBIA | AMIGO | 3212484109 |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| BANCO FALABELLA | AHORROS | 111150379151 | SOACHA | |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ O ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

CUAL:

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

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

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

NOMBRE DEL CARGO: TECNICO HIGIENE ORAL

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

## 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) dias, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

## CONSIDERACIONES

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

## AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadisticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

## IX. FIRMA Y HUELLA

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

**Firma Cliente / Representante Legal**

**Huella Indice Derecho**

nueva eps

**CERTIFICA**

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en lasnormas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

| | |
|---|---|
| **Datos del COTIZANTE** | |
| **CC 1073684869 RAMOS AVENDAÑO CRISTIAN DAVID** | |
| Estado Cotizante: | **ACTIVO** |
| Causal: | **COTIZANTE - INDEPENDIENTE** |
| Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: | |
| Fecha Afiliación: | **28/04/2014** |
| Fecha Último Periodo Cotizado: | |
| Fecha Cancelación: | |

La presente certificación se expide el día 3 de Junio de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
**Nueva EPS S.A.**

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1073684869,** se encuentra afiliado/a desde **04/03/2014** 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 03 de junio de 2026.

**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.

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 |
|---|---|---|
| RAMOS | AVENDAÑO | CRISTIAN DAVID |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 1073684869 | F ○ M ⊗ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 1073684869 D.M. 6

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 13 MES 12 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 6A 14 61 barrio compartir compartir

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO 3203587534 EMAIL cristomicina013@gmail.com

## 2 FORMACION ACADEMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | | BASICA SECUNDARIA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2007 |

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 6 | | X | TRABAJO SOCIAL | | | |
| PREGRADO | 3 | X | | | 12 | 2008 | |

## 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 |
| | | | | | | | | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS<br>7300000 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día | 25 | Mes | 05 | Año | 2023 | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ACTIVIDADES EN SALUD PUBLICA | DEPENDENCIA<br>AREA GESTION RIESGO SALUD | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 24C 54 47 SUR | | | | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS<br>7300000 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día | 20 | Mes | 01 | Año | 2022 | Día | 30 | Mes | 11 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>HIGIENISTA ORAL | DEPENDENCIA<br>AREA GESTION RIESGO SALUD | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 24C 54 47 SUR | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Sogocho 4 Junio 2026.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública | sigep II

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

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

**Período** 01/01/2025 - 31/12/2025

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Cristian David Ramos Avendaño

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1073684869 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 12A 19S 38 barrio compartir compartir TELÉFONO: 3203587534

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| HONORARIOS | $21.600.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0 |
| TOTAL | $21.600.000 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BANCO FALABELLA | CUENTA DE AHORROS | 111150379151 | SOACHA | 0 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

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

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

| 3. FIRMA | |
|---|---|
| FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO | Soacha 1 Junio 2026<br>CIUDAD Y FECHA |

DAFP-OAP

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

Soacha, 4 de Junio de 2026

## NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo, CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO, identificado con cedula de ciudadanía No. 1073684869 a, interesado en la oferta deprestación de servicios de Técnico en Higiene Oral, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

***Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:***

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

_____

C.C. 1073684869

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

**Soacha, 4 de Junio 2026**

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

Yo CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1073684869_de S o a c h a _por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,

C.C. No. 1.073.684.869_ De Soacha_

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

**ARL** __**SURA**__

**DATOS DEL CONTRATISTA:**

Nombre y apellido: CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO

N.º Documento: CC 1073684869

Fecha de Nacimiento: 13/12/89

Dirección: CRA 12 A 19 S 38

Teléfono. Fijo – Celular: 3203587534

E-mail: cristomicina013@gmail.com

EPS: NUEVA EPS

AFP: COLPENSIONES

Firma Contratista:

.....

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

ARL | sura

Medellín, 18 de junio de 2026

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

## CERTIFICA:

Que CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1073684869 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 12/02/2026 **Fecha fin cobertura:** 30/09/2026

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850**

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

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

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

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

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

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10721903192616953861

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
LADO

## Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 18/06/2026 2.57 PM

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

Soacha 4 de Junio de 2026

Señores:
TECNIDENT

Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

TECNICO EN HIGIENE ORAL

Cordialmente;

N° Documento CC 1073684869

Dirección de contacto CRA 12 A 19 S 38

Teléfono 3203587534

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

Yo, CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO , identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1073684869, expedida en SOACHA, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

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

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

Para constancia se firma en Soacha, a los cuatro días del mes de Junio de 2026

Firma y huella

320 3587534

Celular No.

Cristomicina013@gmail.com

Correo institucional

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

Soacha, 4 de Junio de 2026.

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

Yo CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO, identificado con C.C. 1073684869, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,

C.C. 1073684869

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres: Cristian David
Apellidos: Ramos Avendaño
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1073684869.
Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 12 Año 1989

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Minsalud

**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: Cristian David
Apellidos: Ramos Avendaño
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1073684869
Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 12 Año 1989

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftórico Td | 1 | Abril 7/10 | | |
| | 2 | Mayo 5/10 | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | Abril 7/10 | | |
| | 2 | Mayo 5/10 | | |
| | 3 | Junio 1/10 | | |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| MMR Contra Influenza | Abril 7/10 | | | |
| | Mayo 5/10 | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 9-03 2021 | Pfizer | ENU 95 | USS laureles | | 102249263 |
| | 2 | 30-03 2021 | Pfizer | ERA 42 | USS laureles | | 102249263 |
| | 07 ABR 2022 | | Pfizer | 2109 03 | SUBRED SUR | Cardozo Cruz C.C: 52803180 Auxiliar de enfermería | |

Scanned CamSc

# MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL

## Dr JOSE WILSON CRISTANCHO RISCANEVO

**Médico cirujano- UNIV. JUAN N. CORPAS – Especialista en Salud Ocupacional-RSS C/MARCA 257540531501-**

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

**Consecutivo: 446**

***Nombre:*** CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO

***Identificacion:*** CC 1073684869 SCANEAR

***Empresa:*** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

***Cargo a desempeñar*** TECNICO SALUD PUBLICA

***Edad:*** 36 años y 1 meses. Fecha nacimiento: 13/12/1989

***Examen para:*** INGRESO **Fecha Valoración:** jueves 5 de febrero de 2026

## CONCEPTO DE APTITUD PARA LABORAR

| | |
|---|---|
| *Concepto de Aptitud:* | *APTA(O):Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: TECNICO SALUD PUBLICA* |
| *Tipo de cargo:* | *OPERATIVO* |
| *Apoyo diagnóstico:* | *VISIOMETRIA* |

| RECOMENDACIONES | |
|---|---|
| 1. | *Pausas activas/utilizar EPP/Estilos de vida saludable/Higiene postural.* |
| 2. | *P.V.E Riesgo Biologico* |
| 3. | *Cuidados e higiene de la voz.* |

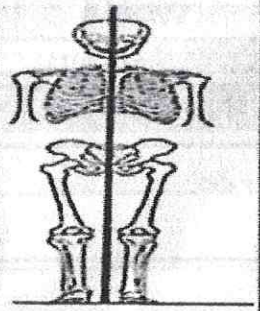
## ENFASIS OSTEOMUSCULAR - VISIOMETRIA

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (art 4). RES 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 2005 CONCEPTO EXPEDIDO AGREGANDO LOS CRITERIOS DEL DECRETO 636 DE 2020 ARTICULOS 3 Y 4, (EMERGENCIA SANITARIA SARS COV 2) Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017 Esta es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación escaneando el QR o a los Teléfonos: 8410171 WhatsApp 3003817785 con N° Consecutivo

Dr. Wilson Cristancho
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laboales
Derecho laboral
C.C. 79670.821
L.S.O. 4331 25 Abril 2017

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

FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 1073684869

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

***Nombre:*** CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO **Consecutivo:** 446

***Identificacion:*** 1.073.684.869

**AGUDEZA VISUAL**

OD L 20/20 OI L 20/20

C NORMAL C NORMAL

***VALORACION TABLA DE SNELLEN*** ***FILAS DE 1 AL 14***

VISIOMETRIA NORMAL/CONTROL ANUAL

La República de Colombia

y en su nombre la

# Institución Educativa

# "Compartir"

Soacha - Cundinamarca

Jornada Tarde

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución Nº 000593 del 29 de Junio de 2001 y Decreto 002 del 17 de Enero de 2003

Confiere a:

## Cristian David Ramos Avendaño

Identificado(a) con T.I. Nº 991213-51529 de Santafé de Bogotá D.C.

El Título de

# Bachiller Académico

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

Rector

Lic. José Jaime Garzón Moreno

Secretario

Víctor Hugo Castellanos Angel

Libro de Registro Nº 02

Acta Nº 17 Folio Nº 42

Dado en Soacha-Cund., a los 7 días del mes de Diciembre del año 2007

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO
Y EN SU NOMBRE

# TECNIDENT
## ÁREAS DE LA SALUD

INSTITUTO DE CAPACITACIÓN EN ÁREAS DE LA SALUD

Con autorización oficial según Resolución No. 6178
del día 1° de Noviembre de 1996.
Emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
Teniendo en cuenta que :

# Cristian David Ramos Avendaño

C.C. No. 1.073.684.869 Expedida en Soacha - Cundinamarca

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

## Auxiliar de

# Higiene Oral

En constancia de lo anterior se expide el presente Certificado en la ciudad de Bogotá D.C.,
a los 13 días del mes de Diciembre de 2008

DIRECTOR GENERAL

SECRETARIA (O)

TECNIDENT
ÁREAS DE LA SALUD

# ACTA DE CERTIFICACION

*EL INSTITUTO DE CAPACITACION EN AREAS DE SALUD TECNIDENT Educación No Formal. Aprobada mediante Resolución No.6178 del 1º de Noviembre de 1996, Emanada de la S.E.D. y Acuerdos Ejecutivos de Minsalud No.003 de 1993, 009 de 1995 y 014 de 1996*

*En la Ciudad de Bogotá D.C., a los trece (13) días del mes de Diciembre de dos mil ocho (2008), se realizó la ceremonia de culminación de estudios, presidida por el Señor DIRECTOR GENERAL, al Alumno (a):* ***CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO,*** *identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No.1.073.684.869 de Soacha (Cundinamarca), de acuerdo al Reglamento Estudiantil de TECNIDENT, se le confirió el Certificado de Aptitud Ocupacional en:*

## AUXILIAR DE HIGIENE ORAL

*Se expide la presente en la ciudad de Bogotá D.C., a los trece (13) días del mes de Diciembre de dos mil ocho (2008)*

*Atentamente,*

**CARLOS ORLANDO FERREIRA PINZON**
*Director General*

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE SALUD

# *Resolución No* 3760 *de* 08/04/2013

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

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

*CONSIDERANDO*

Que el(la) señor(a) RAMOS AVENDAÑO CRISTIAN DAVID Identificado(a) con CC número 1073684869 expedida en SOACHA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR DE HIGIENE ORAL otorgado por EL INSTITUTO DE CAPACITACION TECNIDENT el día 13/12/2008.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a RAMOS AVENDAÑO CRISTIAN DAVID identificado(a) con CC número 1073684869 expedida en SOACHA para desempeñarse como AUXILIAR DE HIGIENE ORAL en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 08/04/2013

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

1. Revisó Daniel Ortiz S.
2. Elaboró Victor Sánchez

Bogotá, D.C _____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma _____

# ReTHUS

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

Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
1073684869

Primer Nombre
cristian

Primer Apellido
ramos

Confirme los números de la Imagen *

6176

Cambiar

6431

Limpiar

**Resultado General -2026-06-03→5:25:22 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1073684869 | CRISTIAN | DAVID | RAMOS | AVENDAÑO | Vigente |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO identificado(a) con CC 1073684869 registra La siguiente información:**

**2026-06-03→5:25:22 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar de higiene oral | 2013-04-08 | 3760 | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |

**La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando**

CV-01398-2026

# ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

**CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO**
**C.C. 1.073.684.869**

**Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PACIENTE VICTIMA DE AGRESIÓN CON AGENTES QUÍMICOS una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.**

**BOGOTÁ D.C 04 DE FEBRERO DE 2026**

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S
El conocimiento que nos una

**LINA M. MEDINA**
GERENCIA

**NELSON F. CASTILLO**
DIRECCIÓN

**3505618740 – 3222354745**
atencionalcliente@academiaangelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com
**VIGENCIA FEBRERO 2028**

CV-01397-2026

# ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

**CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO**
**C.C. 1.073.684.869**

**Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL (CÓDIGO BLANCO) una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.**

**BOGOTÁ D.C 04 DE FEBRERO DE 2026**

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
El conocimiento que nos una

**LINA M. MEDINA**
GERENCIA

**NELSON F. CASTILLO**
DIRECCIÓN

**3505618740 – 3222354745**
atencionalcliente@academiaangelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com
**VIGENCIA FEBRERO 2028**

**CV-01399-2026**

# ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

**CRISTIAN DAVID RAMOS AVENDAÑO**
**C.C. 1.073.684.869**

**Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en MANEJO DEL DUELO una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.**

**BOGOTÁ D.C 03 DE FEBRERO DE 2026**

**LINA M. MEDINA**
GERENCIA

**NELSON F. CASTILLO**
DIRECCIÓN

**3505618740 – 3222354745**
atencionalcliente@academiaangelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com

**VIGENCIA FEBRERO 2028**

# EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
# REGION DE SALUD SOACHA

## CERTIFICA QUE:

*Cristian David Ramos Avendaño*

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

**ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL**
CAPACITADOR

**DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA**
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: febrero 5, 2026

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA