| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION 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 | 30/04/2026 |

Ok

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

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Yenyson Mora Ordoñez.

**CARGO:** Medico

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CUMPLE | | | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | N/A | |
| | **GESTIÓN DE TALENTO HUMANO** | | | | |
| 1 | Propuesta de servicios dirigida al gerente | ✓ | | | |
| 2 | Hoja de vida (actualizada con foto) | ✓ | | | |
| 3 | Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería | ✓ | | | |
| 4 | Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años | ✓ | | | |
| 5 | Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses | ✓ | | | |
| 6 | Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses | ✓ | | | |
| 7 | Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses | ✓ | | | |
| 8 | Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses | ✓ | | | |
| 9 | Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos | ✓ | | | |
| 10 | Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018. | ✓ | | | |
| 11 | Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería) | ✓ | | | |
| 12 | Registro usuario Secop II | ✓ | | | |
| 13 | RUT Actualizado | ✓ | | | |
| 14 | Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo. | ✓ | | | |
| 15 | Certificado actual de afiliación EPS | ✓ | | | |
| 16 | Certificado actual de afiliación fondo de pensiones | ✓ | | | |
| 17 | Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II | ✓ | | | |
| 18 | Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes) | ✓ | | | |
| 19 | Formato de oferta de prestación de servicios | ✓ | | | |
| 20 | Formato de indemnidad | ✓ | | | |
| 21 | Formato de ARL | ✓ | | | |
| 22 | Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos) | ✓ | | | |
| 23 | Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información | ✓ | | | |
| 24 | Formato de Inhabilidades e incompatibilidades | ✓ | | | |
| 25 | Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales) | ✓ | | | |
| 26 | Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo | ✓ | | | |
| 27 | Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo | ✓ | | | |
| 28 | Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometria* 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 (Pediatría) | | | | |
| 52 | Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS. | | | | |
| 53 | Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT) | | | | |
| | **MEDICO URGENCIOLOGO** | | | | |
| 54 | Certificado en formación de sedación | | | | |
| | **ODONTOLOGO** | | | | |
| 55 | Certificado radio protección * Vigencia 2 años | | | | |
| | **AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD** | | | | |

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

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

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

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

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

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

Soacha, 22 de 06 de 2026

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

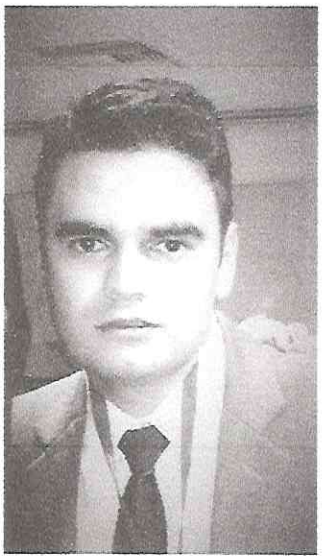
Nombre: yeigson mora ovallos
Cargo Medico

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

Cordialmente,

Nombre del Contratista: Yeigson Mora Ovallos
CC: 1019027923
Dirección: Email: yeigson777@hotmail.com
Teléfono/ Celular: 3102829523 3016656977

**YEIGSON MORA OVALLOS**



## *INFORMACIÓN PERSONAL*

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Yeigson Mora Ovallos |
| **Fecha de nacimiento:** | 15 de noviembre de 1987 |
| **Lugar de Nacimiento:** | Ocaña- Norte de Santander |
| **Edad:** | 36 años |
| **Identificación:** | CC. 1.019.027.923 |
| **Estado civil:** | Soltero |
| **Email:** | yeigson777@hotmail.com |
| **Lugar de residencia:** | **CALLE 8 A # 70-40** |
| | **MARSELLA ALOHA** |
| **Teléfono:** | **3502033666** 3016656977 |

*Yeigson Mora Ovallos*

## *PERFIL PROFESIONAL*

Médico y Cirujano, 7 años de experiencia, con gran compromiso hacia los demás, disciplinado y con conocimientos y habilidades integrales, fundamentales para su ejercicio como médico general, crítico de su entorno y con las competencias necesarias para saberlo transformar y adaptarse creativamente.

Con capacidad de resolución y fortaleza en la comprensión de los procesos de salud – enfermedad y del funcionamiento del cuerpo humano, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud.

Basándome en mi ética al momento de toma de decisiones, a través de la cual soy autónomo, responsable y libre, apasionado por mi profesión, respetuoso de la dignidad humana, así como de mis colegas y maestros.

Soy sensible, honesto, responsable y justo. Cuido de sí mismo, para poder cuidar de los demás. Consciente del papel que juego en la transformación de la sociedad, tolerante hacia las diferentes formas de pensar aceptando y reconociendo cada una de ellas, con excelentes relaciones interpersonales y comunicación con pacientes, colegas, equipo de trabajo y siempre procura por una actuación eficaz y eficiente.

*Yeigson Mora Ovallos*

## *FORMACIÓN ACADÉMICA*

**Estudios Primarios:** colegio republica de Francia
1995-1997
Bogotá, D.C

**Estudios Secundarios:** Institución Educativa Miguel Antonio Caro
Bachiller
2000-2005
Bogotá, D.C

**Estudios Profesionales:** Universidad Antonio Nariño
U.A.N
Médico Cirujano
2014
Bogotá, D.C

**E.S.E HOSPITAL BOSA II NIVEL**
**Cargo:** Medico interno
**Funciones:** Internado rotatorio XI y XII semestre
**Jefe Inmediato:** Dr. Gregorio Pájaro.
Pediatra
(Coordinador d educación médica).
**Teléfono:** 312 3797530
01 de diciembre 2013 – 30 de noviembre de 2014

1. Hospital SIMON BOLIVAR ESE III nivel.
   Estudiante de medicina interna
   Primer semestre de 2012

2. Hospital San Blas ESE II Nivel.
   Estudiante de cirugia
   Segundo semestre de 2012

3. Hospital SIMON BOLIVAR ESE III Nivel.
   Estudiante de especialidades
   Segundo semestre de 2012

4. Hospital de Bosa ESE II nivel.
   Estudiante de ginecologia y obstetricia
   Primer semestre de 2013

5. Hospital SIMON BOLIVAR ESE III Nivel.
   Estudiante de pediatria
   Segundo semestre de 2013

Soporte Vital Básico – Basic Life Support (BLS) y Soporte Vital Cardiovascular Avanzado – Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)
Universidad el Bosque
Departamento de simulación clínica
septiembre 2023
Bogotá D.C 2014

Soporte Vital Básico – Basic Life Support (BLS) y Soporte Vital Cardiovascular Avanzado – Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)
SABERSALUD
CENTRO DE FORMCACION EN SALUD
BOGOTA D.C
Septiembre del 2023

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO
SABERSALUD
CENTRO DE FORMCACION EN SALUD
BOGOTA D.C
28/octubre/2023

*Yeigson Mora Ovallos*

## *EXPERIENCIA LABORAL*

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**
**CARGO MEDICO HOSPITALARIO**
**MEDICO HOSPITALARIO GINECOLOGIA USS MEISSEN**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**

**Cargo: Medico**

**Cargo: Medico Hospitalario**

*Yeigson Mora Ovallos*

**Funciones: Medico Hospitalario de Ginecologia**

**Jefe Inmediato: Dr. JORGE CASTELLANOS.**

**Medico Ginecologo-Obstetra**

**(Coordinador servicio de Ginecologia**

**Subred Sur).Teléfono: 23002049210**

**Marzo del 2021- hasta marzo del 2023**

*Yeigson Mora Ovallos*

**Funciones: Medico Terreno EAC**

**Jefe Mediato: David Gamboa**

**Apoyo al líder**

**Teléfono: 3133941769**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD Sur Occidente E.S.E. UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA IV NIVEL**

**Cargo: Medico Hospitalario**

*Yeigson Mora Ovallos*

**Funciones: Medico Hospitalario de Ginecologia**

**Jefe Inmediato: Dr. Rafael Hintestroza.**

**Medico Ginecologo-Obstetra**

**(Coordinador servicio de Ginecologia).**

**Teléfono: 311 5912084**

**06 de abril del 2016- a la fecha**

**BIENESTAR I.P.S**

**Cargo: Medico General**

**Funciones: Consulta Externa SEDE BOSA**

**Jefe Inmediato: Jefe SANDRA MILENA ESTUPIÑAN**

**Jefe de Enfermeria (COORDINADOR SEDE BOSA).**

**Teléfono: 312 4487919**

**21 de ENERO del 2017- HASTA EL 16 DE FEBREO DEL 2019**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD Sur Occidente E.S.E. UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI**

**Cargo: Medico General**

**Funciones: Consulta Externa PAPS JARDIN**

**Jefe Inmediato: Jefe Betsy Katherine Sánchez Aponte**

**Jefe de Enfermeria (Supervisor).**

**Teléfono: 311 5912084**

**07 de junio del 2016- 10/01/2017**

**HOSPITAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ I NIVEL (San Martin CESAR)**

**Cargo: Medico RURAL**

**Funciones: URGENCIAS-C.EXTERNA**

**Jefe Inmediato: Dr. Ricardo de la Cruz Medico**

**(Coordinador médico).**

**Teléfono: 312 3289640**

**10 marzo del 2015 – 09 de marzo de 2016**

## REFERENCIAS PERSONALES

REFERENCIAS PERSONALES

**JUAN MANUEL HERRERA**
Médico internista- intensivista
Coordinador UCI
Clínica EUSALUD
Teléfono: 320 3455635

**ALFONSO ARGUELLO**
Medico Ginecólogo-obstetricia
Hospital Bosa II nivel
Teléfono: 314 6202290

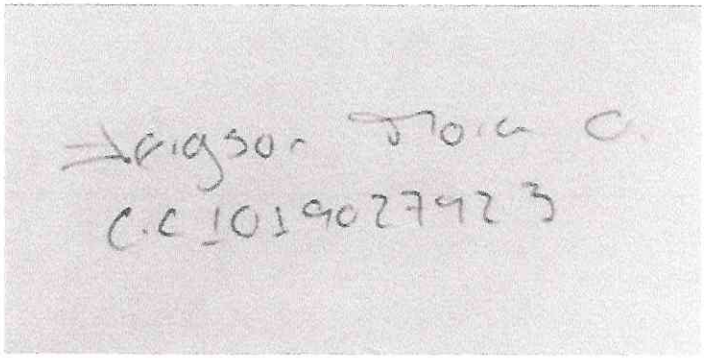
**MARTHA RIVERA CHEMAS**
Médico Pediatra
Hospital Simón Bolivar III NIVEL
Hospital Bosa II NIVEL
Teléfono: 317 6386413

## *REFERENCIAS FAMILIARES*

**ABEL MORA ROPERO**
PASTOR
IGLESIA PENTECOSTAL UNICA DE COLOMBIA
Tel. 301 3168226

**VICTOR MORA**
INDEPENDIENTE
Tel. 314 2830533

**ANDREY CAMILO MORA OVALLOS**
ABOGADO
Tel. 304 3790873




**YEIGSON MORA OVALLOS**
**CC. 1019027923 BOGOTA D.C**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.027.923

MORA OVALLOS

APELLIDOS

YEIGSON

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1987

OCAÑA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.80 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

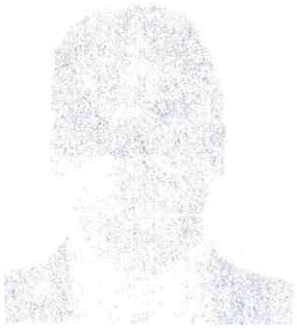
17-NOV-2006 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00525873-M-1019027923-20131218 0036253552A 1 1522653803



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 1019027923

APELLIDOS Y NOMBRES

MORA OVALLOS

YEIGSON

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

| 1ª LINEA 31 - DIC | 2ª LÍNEA 31 - DIC | 3ª LINEA 31 - DIC |
|---|---|---|
| 017 | 2027 | 2037 |

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP. 06-DIC-2007

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

242378

EJ. BAQ. 305



PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 298214344

PIB
20:23:16


Bogotá DC, 21 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) YEIGSON MORA OVALLOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019027923:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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 domingo 21 de junio de 2026, a las 20:24:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1019027923 |
| Código de Verificación | 101902792326062120241 6 |

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 08:25:28 PM horas del 21/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1019027923**

Apellidos y Nombres: **MORA OVALLOS YEIGSON**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.area-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, 21/06/2026 08:26:39 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1019027923 .**

## 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. **142477524** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

Menú Principal

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1019027923 **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 21/06/2026 08:27 PM

Código Verificación: **DGYZ9AJL4W**

Válida hasta: **20/09/2026**

---

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 20:29:24 horas del 21/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1019027923,** Apellidos y Nombres **MORA OVALLOS YEIGSON**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE. SOACHA**, con NIT **900226715-3** 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.

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C101902792300329186**
**Codigo de verificacion**

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA**

**CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **YEIGSON MORA OVALLOS**, identificado(a) con C.C. No. 1019027923 y T.P. o R.M. No. 1019027923 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el domingo 21 junio 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

**HERMAN REDONDO GOMEZ**
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

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

Editar

## Información del usuario



| | |
|---|---|
| **Cargo** | MEDICO HOSPITALARIO |
| **Título** | Sr. |
| **Nombre** | YEIGSON |
| **Apellidos** | MORA OVALLOS |
| **Fecha de Nacimiento** | 15/11/1987 *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Nivel Educativo** | Universitana completa (con título) |
| **Género** | Hombre |
| **¿Tiene alguna discapacidad?** | Sí No |
| **Nombre y apellido** | YEIGSON MORA OVALLOS |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **Número de documento** | 1019027923 |
| **Dirección** | CALLE 8 A 70 - 40 |
| **Código postal** | |
| **Estrato** | 3 |
| **Ubicación** | Bogotá |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | yeigson777@hotmail.com |
| **Teléfono** | |
| **Celular** | 3016656977 |

## Configuración

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

## Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | sede administrativa |
| **Respuesta** | asdingo |
| **SMS para recuperar la contraseña** | 3016656977 |

Editar

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141244683456

(415)7707212489984(8020) 000014124468345 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 9 0 2 7 9 2 3 | 0 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 1 9 0 2 7 9 2 3 | |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORA | OVALLOS | YEIGSON | |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 8 A 70 40

42. Correo electrónico: yeigson777@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 0 1 4 8 4 9 7 2 5 | 3 0 1 6 6 5 6 9 7 7 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 1 5 0 2 1 0 | 8 6 9 9 | 2 0 2 1 0 1 0 1 | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2026-04-08 / 12:27:00PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MORA OVALLOS YEIGSON

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

| REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

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

| FECHA: | 2026-06-21 | CIUDAD: | SOACHA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

| PROVEEDOR | PARTICULAR | CONTRATISTA OPS | SERVIDOR PUB | OTRO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | X | ☐ | ☐ | |

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| MORA | OVALLOS | YEIGSON | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|
| C.C. X C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ | 1019027923 | BOGOTA DC | 2006-11-17 |
| PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO ☐ | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1987-11-15 | OCAÑA NORTE DE SANTANDER | COLOMBIA | COLOMBIANO |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) X CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ | | 2 | 3016656977 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CL 8 BIS 70 92 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 3016656977 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA |
|---|---|---|
| YEIGSON777@HOTMAIL.COM | N/A | PROPIA ☐ FAMILIAR X ARRENDADA ☐ |

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

### 2. DATOS DEL CONYUGE

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

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

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | SI X NO ☐ | IVA: SI ☐ NO X / ICA: SI ☐ NO X | CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA: 8621 PRINCIPAL: X SECUNDARIA: ☐ |
|---|---|---|---|---|
| GRAN CONTRIBUYENTE | SI ☐ NO X | AGENTE RETENEDOR | SI ☐ NO X | AGENTE AUTORETENEDOR 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 X | # NIT | 800006850-3 |
|---|---|---|---|
| EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ | | | |
| OTRA ☐ CUAL: | | | |

| | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

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

| CARGO ACTUAL | MEDICO GENERAL | FECHA VINCULACION | MES Y AÑO RADICACION CARPETA |
|---|---|---|---|

## 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

## 5. INFORMACION FINANCIERA

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | | GASTOS FAMILIARES | $ 2.000.000 | AHORROS | $ 0 | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | $ 10.000.000 | ARRIENDOS | $ 3.000.000 | INVERSIONES | $ 0 | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | $ 0 | CUOTA VEHICULO | $ 0 | VEHICULOS | $ 0 | DEUDA VEHICULOS | $ 0 |
| COMISIONES | $ 0 | CUOTA VIVIENDA | $ 2.200.000 | PROPIEDADES | $ 0 | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | $ 0 | OTROS EGRESOS* | $ 900.000 | OTROS ACTIVOS* | $ 0 | OTROS PASIVOS* | $ 0 |
| TOTAL INGRESOS | $ 10.000.000 | TOTAL EGRESOS | $ 8.100.000 | 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 |
|---|---|---|---|
| MORA | OVALLOS | ANDREY | CAMILO |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| CL 8 BIS 78 92 | BOGOTA CUNDINAMARCA BOGOTA | AMIGO | 3192407738 |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| DAVIVIENDA | AHORROS | 481670020496 | CENTRO COMERCIAL PLAZA CENTRAL | (601) 338 3838 |

☐ ☒

| 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.):

MEDICO GENERAL

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 infinación de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

## 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

| | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

**1.** Original Certifiendo de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) dias, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
**2.** Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
**3.** Fotocopia Inscripción en el Rit.
**4.** Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
**5.** Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
**6.** Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

## CONSIDERACIONES

**1.** Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
**2.** Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no 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 tramite 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 involuare la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios tecnicos 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 Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
**2.** El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

**3.** USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podran ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona juridica 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, asi 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 Jurdica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
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, Telefono (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

Yoigson Mora Ovalles

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Indice Derecho**

compensar | salud eps

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) YEIGSON MORA OVALLOS identificado(a) con Cedula Ciudadania 1019027923, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20170301 | VIGENTE |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Junio de 2.026

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIEN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 32713626

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**YEIGSON MORA OVALLOS,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.027.923**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 de Junio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

FORMATO 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 |
|---|---|---|
| MORA | OVALLOS | YEIGSON |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1019027923 | F ( ) M (X) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES 11 AÑO 1987

PAÍS COLOMBIA
DEPTO NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO OCAÑA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 8A 70 40

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.
MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.
TELÉFONO 3016656977 EMAIL yeigson777@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2005 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 12 | X | | MEDICINA | 11 | 2014 | 1019027923 |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

***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

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

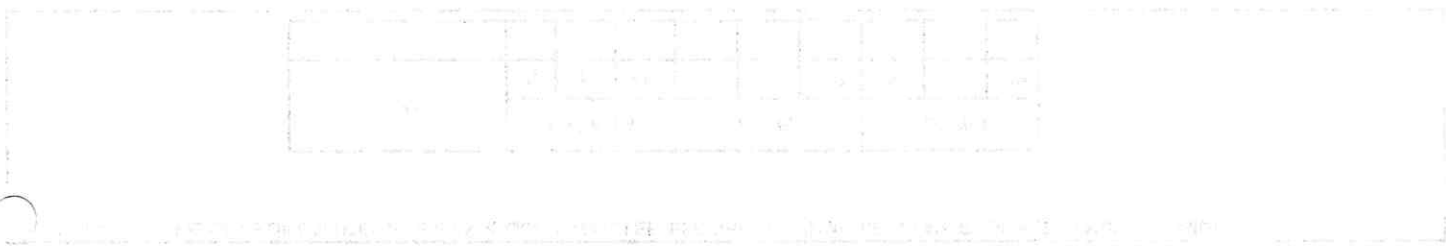
RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| 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>5647687 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* | 2024 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>ADMISIONES DE GINECOLOGIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65D 79C 90 | | | | | |

| 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>5647687 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* | 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 01 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65D 79C 90 | | | | | |









FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

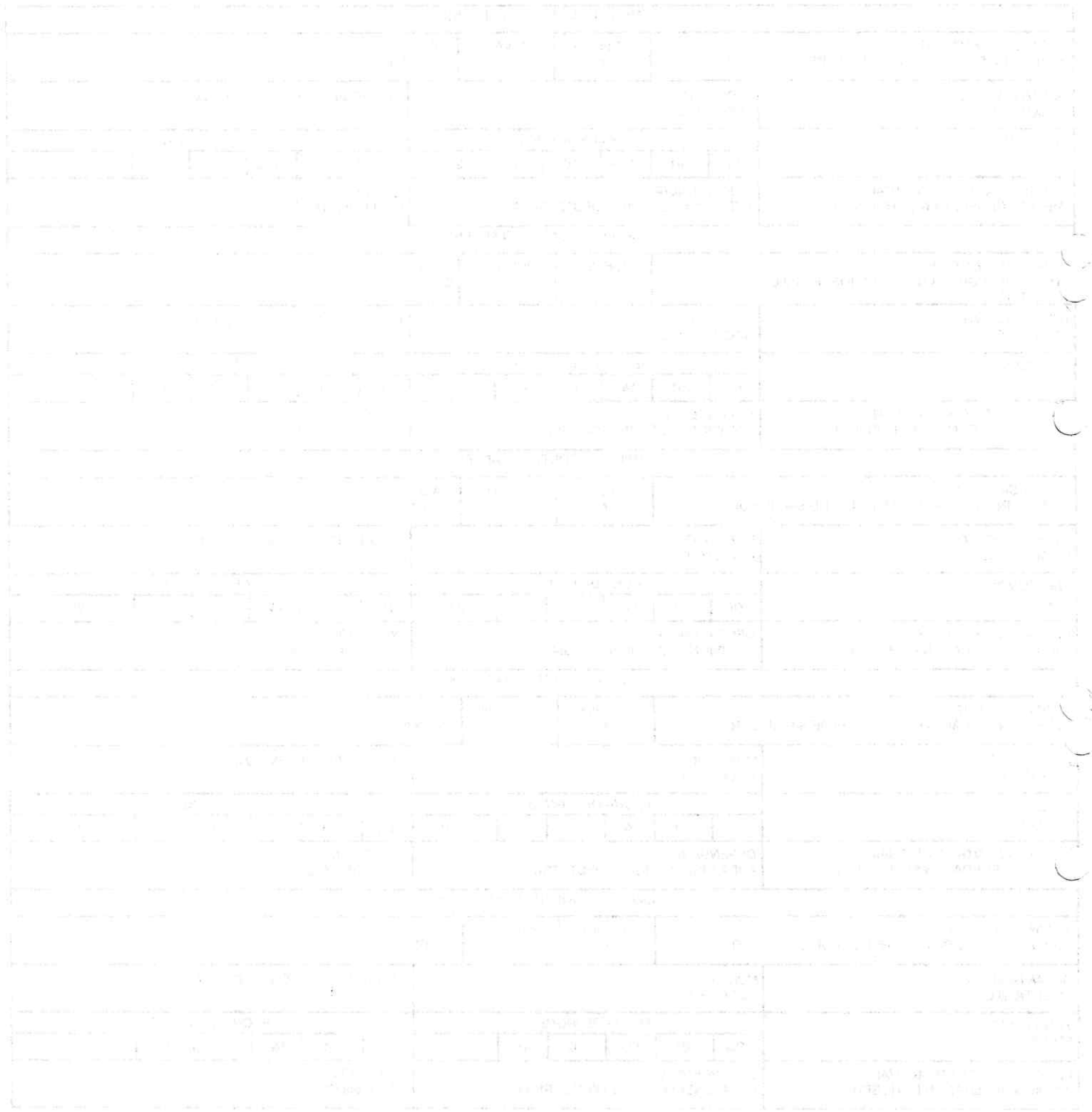
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>5647687 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 03 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65D 79C 90 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>UBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>5647687 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* 2021 | *Día* | 31 | *Mes* | 01 | *Año* | 2022 | |
| *ARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>IEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>ADMISIONES DE GINECOLOGIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65D 79C 90 | | | | | | |

| 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>5647687 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* 2020 | *Día* | 31 | *Mes* | 01 | *Año* | 2021 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>ADMISIONES DE GINECOLOGIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65D 79C 90 | | | | | | |

| 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>5647687 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* 2019 | *Día* | 31 | *Mes* | 01 | *Año* | 2020 | |
| *ARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>EDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65D 79C 90 | | | | | | |

| 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>56547687 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* 2018 | *Día* | 31 | *Mes* | 01 | *Año* | 2019 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65D 79C 90 | | | | | | |



FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| 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>5647687 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2017 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>ADMISIONES DE GINECOLOGIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65D 79C 90 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>UBRED 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>571375356 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 26 | *Mes* | 11 | *Año* | 2016 | *Día* | 10 | *Mes* | 01 | *Año* | 2017 |
| *RGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE GINECOLOGIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65C 79C 90 | | | | | |

| 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>5467890 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 06 | *Año* | 2016 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2016 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65D 79C 90 | | | | | |

| 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>571375356 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 2016 | *Día* | 25 | *Mes* | 11 | *Año* | 2016 |
| *RGO O CONTRATO ACTUAL*<br>EDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65D SUR 79C 90 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>571375356 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* | 2016 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2016 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65D 79C 90 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>571375356 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 04 | *Año* 2016 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2016 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO HOSPITALARIO DE GINECOL | *DEPENDENCIA*<br>GINECOLOGIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65D 79C 90 | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 5 | 6 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |



FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Soacha 22/06/2026.

Yeyson Mora Ovalles

*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 | sigepII

# 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, YEIGSON MORA OVALLOS

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1019027923 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: CALLE 8 A 70 40 TELÉFONO: 3016656977

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Miriam Del carmen Ovallos Bayona | 37322172 | MADRE |
| Abel Mora Ropero | 91251652 | PADRE |

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| HONORARIOS | $7.000.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0 |
| TOTAL | $7.000.000 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Davivienda | CUENTA DE AHORROS | 481670020496 | Easy americas | 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 |
|---|---|---|
| caja social | credito | 100.000.000 |
| davivienda | credito libre inversion | 300.000.000 |
| sufi o bancolombia | credito | 100.000.000 |

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

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

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

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

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

c) En la actualidad **SI** **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 desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

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

## 3. FIRMA

Yeyson Mora Ovalles
FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO

Soacha 22/06/2026
CIUDAD Y FECHA



DAFP-OAP

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

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

Soacha, 21 de Junio de 2026

## NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo, Yeigson Mora Ovallos , identificado con cedula de ciudadanía No. 1019027923 a, interesado en la oferta deprestación de servicios de Médico General, 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. 1019027923

| 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, __21__ de junio 2026**

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

Yo Yeigson Mora Ovallos identificado (a) con Cedula de ciudadania No. 1019027923__de Bogotá D.C por medio del presente documento mepermito 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,

Yeigson Mora Ovallos
C.C. No. _ 1019027923 De Bogota

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

Evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

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

**Soacha 21/06/2026**

**ARL: SURA**

**DATOS DEL CONTRATISTA:**

Nombre y apellido: Yeigson Mora Ovallos
N.° Documento: 1019027923

Fecha de Nacimiento: 15/11/1987

Dirección: CL 8 BIS 70 92

Teléfono. Fijo – Celular: 3016656977

E-mail: yeigson2702@gmail.com

EPS: compensar

AFP: porvenir

Firma Contratista: Yeigson Mora O

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

ARL | sura

Medellín, 07 de julio de 2026

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

## CERTIFICA:

Que YEIGSON MORA OVALLOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1019027923 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 31/01/2026 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2026

### 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:
C10721903192618840844

Dirección IP: 185.104.165.215, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 07/07/2026 11.20 AM

Dirección IP: 185.104.165.215, 192.230.104.6, 172.16.42.57

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: Gerencia del talento humano | CODIGO | TH_FTO_31 |
| | | VERSION | 00 |
| | | VIGENCIA | 05/07/2022 |

Soacha 21/06/2026

Señores:

universidad Antonio Nariño

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Yeigson Mora Ovallos 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 mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Medico general

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

N° Documento 1019027923

Tarjeta Profesional N°_ 1019027923

Dirección de contacto_cl 8 bis 70 92

Teléfono_3016656977

**Soacha 21 Junio 2026**

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA**

Yo Yeigson Mora Ovallos identificado (a) con cédula deciudadanía númeroo _1019027923 expedida en _ Bogotá en mi condición decontratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION 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 REGION 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 divulgaciónde 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 REGION DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA:**

Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION 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 REGION 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 REGION 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 SEPTIMA:** 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 DECIMÁ:** 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 DECIMÁ 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 DECIMÁ 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 DECIMÁ 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 REGION DE SALUD SOACHA**

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 21 Junio de 2026



Firma y huella

3016656977
Celular No.

veigson2702@gmail.com
Correo institucional.

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

Soacha, 21 de Junio de 2026.

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

Yo Yeigson Mora Ovallos con C.C. 1019027923 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,



C.C. 1019027923
Yeigson Mora Ovallos

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



mapfre

# ¡Bienvenido a tu póliza con MAPFRE!

**Estimado,**
**MORA OVALLOS YEIGSON**

## ¡Nos encanta tenerte como miembro de la familia de asegurados MAPFRE!

Ahora que tú estás protegido por nosotros, ingresas a un mundo de bienestar del cual eres absoluto protagonista. Estaremos acompañándote permanentemente y atentos a cualquier sugerencia que tengas para mejorar tu experiencia.

- Condicionado de mi seguro de RC médica.
- Guía interactiva del asegurado.
- Certificado de seguro.
- Portafolio.

Recuerda que contamos con diferentes alternativas y medios de pago. Más información, haciendo clic aquí.

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

ASTESEG LTDA
Móvil: 4170889
Email: martial@mapfre.com.co

No olvides ingresar a clientes.mapfre.com.co para registrarte en la paltaforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, ingresa a mapfretecuidamos.com.co para darte de alta en nuestro programa de beneficios exclusivos. También, haz clic y siguenos en nuestras redes para estar al tanto de

@mapfreco @MAPFRE_CO @MAPFREco

Vamos a estar muy bien juntos.
Cuenta con nosotros en cada momento.

#MAPFREMásCercaDeTi

**mapfre.com.co**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RC MÉDICA MAPFRE

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME

R-C MÉDICA MAPFRE

# PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

**INICIACIÓN**
Polizá No 3449226000137
Ref.32134425704
Copia



## INFORMACIÓN GENERAL

| RAMO / PRODUCTO | CERTIFICADO | FACTURA | OFICINA MAPFRE | DIRECCION | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 272 / 732 | 0 | 1 | TECHO | Av. Boyacß 5 A 46 Local 102 | BOGOTA D.C. |

| TOMADOR | NIT / CC | DIRECCIÓN | CIUDAD | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| MORA OVALLOS YEIGSON | 1019027923 | CL 8 A # 70 - 40 | BOGOTA D.C. | 4849725 |
| **ASEGURADO** | **NIT / CC** | **DIRECCIÓN** | **CIUDAD** | **TELEFONO** |
| MORA OVALLOS YEIGSON | 1019027923 | CL 8 A # 70 - 40 | BOGOTA D.C. | 4849725 |
| **ASEGURADO** | **NIT / CC** | **DIRECCIÓN** | **CIUDAD** | **TELEFONO** |
| N.D. | N.D. | N.D. | N.D. | |
| **BENEFICIARIO** | **NIT / CC** | **DIRECCIÓN** | **CIUDAD** | **TELEFONO** |
| CUALQUIER TERCERO AFECTADO | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. |

## PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

| NOMBRE DEL PRODUCTOR | CLASE | CLAVE | TELEFONO | % PARTICIPACION |
|---|---|---|---|---|
| ASTESEG LTDA | AGENCIA DEL. | 98279 | 4170889 | 100,00 |

## INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA POLIZA | | | | | | VIGENCIA CERTIFICADO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | | HORA | DÍA | MES | AÑO | No. DÍAS | | HORA | DÍA | MES | AÑO | No. DÍAS |
| 22 | 6 | 2026 | INICIACIÓN | 00:00 | 22 | 6 | 2026 | 365 | INICIACIÓN | 00:00 | 22 | 6 | 2026 | 365 |
| | | | TERMINACIÓN | 00:00 | 22 | 6 | 2027 | | TERMINACIÓN | 00:00 | 22 | 6 | 2027 | |

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

| | |
|---|---|
| ACTIVIDAD | MEDICO GENERAL SIN CIRUGIA |
| ESPECIALIDAD | MEDICO GENERAL SIN CIRUGIA |
| DIRECCION DEL RIESGO | |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA DISTRITO CAPITAL |
| CIUDAD | BOGOTA D.C. |

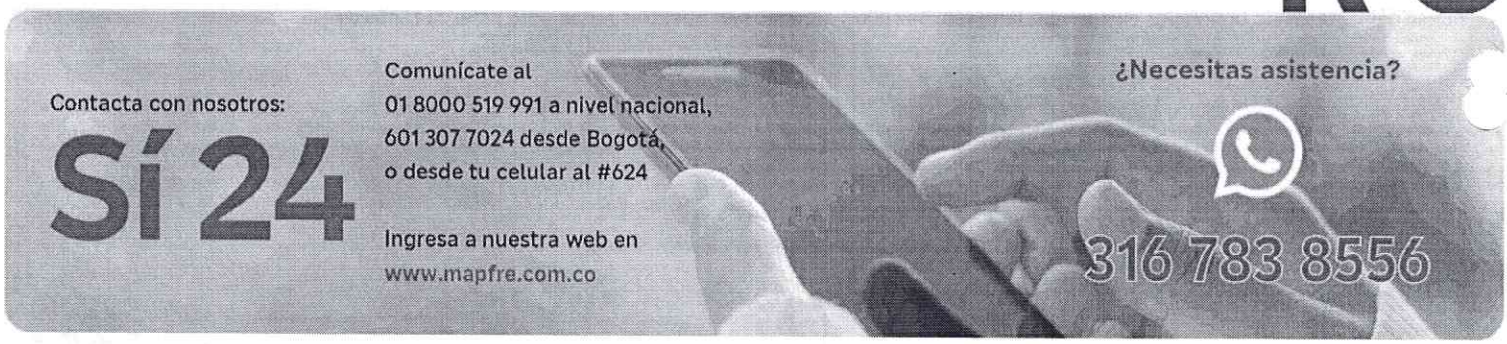



## COBERTURAS

| COBERTURAS | VALOR ASEGURADO | DEDUCIBLE |
|---|---|---|
| R.C. actos medicos - Medicos | $300.000.000,00 | 10% PERD Min 1000000 (PESO COLOMBIANO) |
| Gastos de defensa | $120.000.000,00 | 10 % PERD |
| Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente | $300.000.000,00 | 10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS) |
| Asistencia medica emergencia | $300.000.000,00 | 10 % PERD |

Profesionalmente ... Seguro

R-C






el Condicionado General Codigo
v2024-1326-P-06-00000VTE062MAY24
26052024

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R. : VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A. : VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

## VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

| TOTAL PRIMA NETA | GASTOS DE EXPEDICION | SUBTOTAL | VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| $ 177.137,00 | $ 20.000,00 | $ 197.137,00 | $ 37.456,00 | $ 234.593,00 |

*(415)7707289180029(8020)032134425704(3900)0000234593(96)20260622*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones EMISION SOL VA EE254 - Asteseg Ltda

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIR Á LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

## ANEXOS

RC PROFESIONAL MÉDICOS

ASEGURADO : YEIGSON MORA OVALLOS

ESPECIALIDAD : MÉDICO GENERAL

VIGENCIA : 22/06/2026 HASTA 22/06/2027

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

AMPAROS

R.C. como consecuencia de cualquier acto médico derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

R.C. consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, e n cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalment e aceptado

LÍMITE VALOR ASEGURADO: $ 300.000.000 evento / agregado anual

R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 50% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

Gastos judiciales sub-limitado 40% del límite asegurado evento / vigencia Es te valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exc eso de éste.

PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual. su blimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

MA ADICIONAL SIN IVA /GASTOS DE EXPEDICIÓN: $ 177.137

Básico 10% MÍNIMO $300.000.000.000 No opera para Gastos Médicos Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITU D FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERC IO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CO NDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

NO SE OTORGA

R.C. Extracontractual Bienes bajo cuidado tenencia y control Restablecimiento automático de valor asegurado. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.

Renovación automática

R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas Los procedimientos estéticos y de cirugía plástica salvo que se trate de una cirugía reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de accidente . Provisión de servicios de emergencia/urgencia domiciliarios. Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante lip osucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicam entos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en otro sentido en la presente póliza, este seguro excluye cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, cost e o gasto de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causado por, que surja de, que resulte de o derivado de o en relación con una enfermedad tra nsmisible o el temor o la amenaza (ya sea real o percibida) de una enfermeda d transmisible con independencia de cualquier otra causa o evento que contri buya de manera simultánea o en cualquier otra secuencia a ello.

2. Tal como se utiliza en el presente documento, se entiende por enfermedad transmisible toda enfermedad que pueda ser transmitida por medio de cualquie r sustancia o agente desde un organismo cualquiera a otro organismo, en la p resente definición:

2.1 la sustancia o el agente incluye, entre otros, un virus, una bacteria, u n parásito u otro organismo o cualquier variación de estos, ya sea que se co nsideren vivos o no; y

2.2 el método de transmisión ya sea directo o indirecto, incluye, entre otro s, la transmisión por aire, la transmisión por fluidos corporales, la transm isión desde o hacia cualquier superficie u objeto, sólido, líquido o gas o e ntre organismos; y,

2.3 la enfermedad, la sustancia o el agente pueden causar o amenazar con cau sar daños a la salud o al bienestar de las personas o pueden causar o amenaz ar con causar daños, deterioro, pérdida de valor, comerciabilidad o pérdida de uso de los bienes.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO D E COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.



el Condicionado General Codigo
/2024-1326-P-06-00000VTE062MAY24
26052024

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R. : VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A. : VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

## CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET.

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERD MIN $1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDILA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R.C. EXTRACONTRACTUAL.

BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.

CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR ÁIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CO CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 5098 DE JUNIO 21 DE 2013
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

C.C 1019027923

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 6d3b7b0e-ed9e-4814-87fa-c0800f194a9

Nombres y apellidos / Full name

**YEIGSON MORA OVALLOS**

Tipo de identificación / ID Type

**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number

**1 0 1 9 0 2 7 9 2 3**

Fecha de nacimiento / Date of birth

**15/11/1987**

País nacimiento / Country of birth

**COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number

**NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| COVID PFIZER | Primera | 04 | 03 | 2021 | PFIZER | EN1195 | USS LAURELES | ADRIANA CUELLAR CUELLAR |
| COVID PFIZER | Segunda | 25 | 03 | 2021 | PFIZER | EN1195 | USS LAURELES | LILIANA ANDREA PARRA AVENDAÑO |
| COVID MODERNA | Primer Refuerzo | 30 | 11 | 2021 | MODERNA SWITZERLAND GMBH | 940875 | USS LAURELES | PAULA ANDREA ARIZA GARAY |
| Fiebre amarilla | Primera dosis | 22 | 04 | 2025 | BIO-MANGUINOS | 23K0650 | Hospital de Boca | RUTH NELLY DEVIA BOCANEGRA |

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

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

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

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

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

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

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

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



COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

52803916

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | **MORA OVALLOS YEIGSON** | | | Fecha de recepción: | 28/05/2025 |
| Identificación | CC 1019027923 | Tel. | 3016656977 | Fecha Muestra | 28/05/2025 |
| Edad | 37 Años 6 Meses 13 Dias | Sexo | M | Fecha de impresion: | 29/05/2025 |
| Médico | MEDICOS VARIOS | | | Empresa | SEDE AMERICAS |
| No. Ordenamiento | | | | Sede | SEDE AMERICAS COLCAN |
| Fecha de nacimiento | 15-nov.-1987 | | | | |

Final

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| **HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE**<br>**Metodo: Quimioluminiscencia** | **106.0** | mUI/mL | |

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9.0 mUI/ml
Indeterminado: De 9.0 a 11.0 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11.0 mUI/ml

GERYMAR DEL VALLE BARON GARCIA
CC: 1019154204
BACTERIOLOGA

29-may.-2025 2:32 am

CARLOS FERNANDO BLANCO ORTEGA
CC 1.090.382.114
BACTERIOLOGO

29-may.-2025 9:11 am

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Instituci unadora: 110010814400

Fecha de generación del carné: viernes, 10 de diciembre de 2021 03:55 p. m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 1019027923 |
| Nombres y Apellidos | YEISON MORA OVALLOS |
| Fecha de nacimiento: | 15/11/1987 |

| Vacuna | Dosis | Fecha | Nombre comercial | Lote | Institución vacunadora |
|---|---|---|---|---|---|
| Anti - Rábica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| Antirrábica profiláctica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| BCG | Única | | | | |
| COVID - 19 | Primera dosis | 04/03/2021 | Pfizer | EN1195 | HOSPITAL BOSA II NIVEL ESE |
| | Segunda dosis | 25/03/2021 | Pfizer | EN1195 | HOSPITAL BOSA II NIVEL ESE |
| DPT | Única | | | | |
| DPT Acelular | Primera dosis | 19/04/2013 | Bostrix | AC37B064AA | GRUPO EXTRAMURAL - SANTA FE |
| Fiebre amarilla | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Fiebre tifoidea | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A, Hepatitis B | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| Hepatitis B | Primera dosis | 29/11/2019 | Recombax B | UFX19002 | CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S. |
| | Segunda dosis | 27/12/2019 | Recombax B | UFX19002 | CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S. |
| Hepatitis B segundo esquema | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010814400

Fecha de generación del carné: viernes, 10 de diciembre de 2021 03:55 p. m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 1019027923 |
| Nombres y Apellidos | YEISON MORA OVALLOS |
| Fecha de nacimiento: | 15/11/1987 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Influenza | Única | 11/08/2021 | Vaxigrip | V3B85 | HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - GRUPO EXTRAMURAL |
| Meningococo | Única | | | | |
| Meningococo Conjugado | Única | | | | |
| Meningococo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| Neumo Conjugado | Única | | | | |
| Neumo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Neumococo | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Sarampión y Rubéola | Primera dosis | 21/07/2018 | Sarampión -Rubéola | 012M7202 | HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - GRUPO EXTRAMURAL |
| Td | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Toxoide Tetánico | Primera dosis | 17/05/2016 | Tetavax | | |
| | Segunda dosis | 26/07/2016 | Tetavax | 11108C14 | |
| Toxoide Tetánico Diftérico | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Triple viral | Primera dosis | 17/05/2016 | Triple Viral | | |
| | Primera dosis | | | | |
| Varicela | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Instituci cunadora: 110010814400

Fecha de generación del carné: viernes, 10 de diciembre de 2021 03:55 p. m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 1019027923 |
| Nombres y Apellidos | YEISON MORA OVALLOS |
| Fecha de nacimiento: | 15/11/1987 |

| | |
|---|---|
| Varicela + Triple Viral | Única |
| VPH Bivalente | Primera dosis |
| | Segunda dosis |
| | Tercera dosis |
| VPH Nona Valente | Primera dosis |
| | Segunda dosis |
| | Tercera dosis |
| VPH Tetravalente | Primera dosis |
| | Segunda dosis |
| | Tercera dosis |

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| POLIO | 1a. Dosis | | |
| | 2a. Dosis | | |
| | 3a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| D.P.T. | 1a. Dosis | | |
| | 2a. Dosis | | |
| | 3a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| 9 m | Sarampión | | |
| TRIVIRAL | Paperas | | |
| | Rubeola | | |
| | Sarampión | 17 MAYO 2016 | Transcripción de Sede CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN P AMERICAS |
| | Refuerzo | | |
| HAEMOPHILUS INFLUENZAE | 1a. Dosis | | |
| | 2a. Dosis | | |
| | 3a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| ANTI HEPATITIS "B" | 1a. Dosis | 16 MAYO 2016 | CRUZ ROJA COLOMBIANA 193M021 B60 VACUNACIÓN AMERICAS |
| | 2a. Dosis | 26 JUL. 2016 | 193R024 B60 VACUNACIÓN AMERICAS |
| | 3a. Dosis | 26 Ene 16 | |
| | Refuerzo | 16 Mayo 17 | |

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| T.D. | 1a. Dosis | | |
| | 2a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | CRUZ ROJA COLOMBIANA |
| TETANO | 1a. Dosis | 17 MAYO 2016 | Transcripción |
| | 2a. Dosis | 26 JUL. 2016 | J110BC15 NOVAC |
| | Refuerzo | 26 Nov 16 | |
| FIEBRE AMARILLA LOTE No. (Válida por 10 Años) | | | |
| FIEBRE TIFOIDEA | | | |
| NEUMOCOCO CONJUGADO | 1a | | |
| | 2a | | |
| | 3a | | |
| | 4a | | |
| NEUMO POLISACARIDO | 1a | | |
| | Refuerzo | | |
| HEPATITIS "A" | 1a | | |
| | 2a | | |
| VARICELA | 1a | | |
| | 2a | | |
| INFLUENZA (GRIPE) | 1a | | |
| | 2a | | |
| | 3a | | |

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| POLIO | 1a. Dosis | | |
| | 2a. Dosis | | |
| | 3a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| D.P.T. | 1a. Dosis | | |
| | 2a. Dosis | | |
| | 3a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| m | Sarampión | | |
| TRIVIRAL | Paperas | | |
| | Rubeola | | |
| | Sarampión | | |
| | Refuerzo | | |
| HAEMOPHILUS INFLUENZAE | 1a. Dosis | | |
| | 2a. Dosis | | |
| | 3a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| ANTI HEPATITIS "B" | 1a. Dosis | | |
| | 2a. Dosis | | |
| | 3a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | |

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| T.D. | 1a. Dosis | | |
| | 2a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | Cruz Roja Colombiana |
| TETANO | 1a. Dosis | 13 DIC 2021 | T3C446VSNF VACUNACION PLAZA DE LAS AMERICA |
| | 2a. Dosis | - | |
| | Refuerzo | | |
| FIEBRE AMARILLA LOTE No. (Válida por 10 Años) | | | |
| FIEBRE TIFOIDEA | | | |
| NEUMOCOCO CONJUGADO | 1a | | |
| | 2a | | |
| | 3a | | |
| | 4a | | |
| NEUMO POLISACARIDO | 1a | | |
| | Refuerzo | | |
| HEPATITIS "A" | 1a | | |
| | 2a | | Cruz Roja Colombiana |
| VARICELA | 1a | 13 DIC 2021 | A70C15A79A.GSK PLAZA DE LAS AMERICAS |
| | 2a | - | |
| INFLUENZA (GRIPE) | 1a | | |
| | 2a | | |
| | 3a | | |

| | | |
|---|---|---|
| | La salud es de todos | Minsalud |

# Certificado de vacunación del adulto

Nombres: YEISON

Apellidos: MORA OVALLOS

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1019027923

Fecha de nacimiento: Día 15 Mes 11 Año 1987

Powered by CamScanner

Certificado de Asegurabilidad

| Número | Suma Asegurada | Prima |
| --- | --- | --- |
| 2000 | $ 25.000.000 | $ 1.250 |

Asegurado

Rut 12.345.678-9

Fecha de Nacimiento 15/03/1980

Edad 45 años

Sexo Masculino

Peso 78 kg

Estatura 1,75 m

Cuestionario de Salud

1. ¿Ha padecido alguna enfermedad cardiovascular? No
2. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? No
3. ¿Consume tabaco habitualmente? No
4. ¿Practica algún deporte de riesgo? No
5. ¿Ha viajado a zonas de riesgo sanitario? No

Declaración

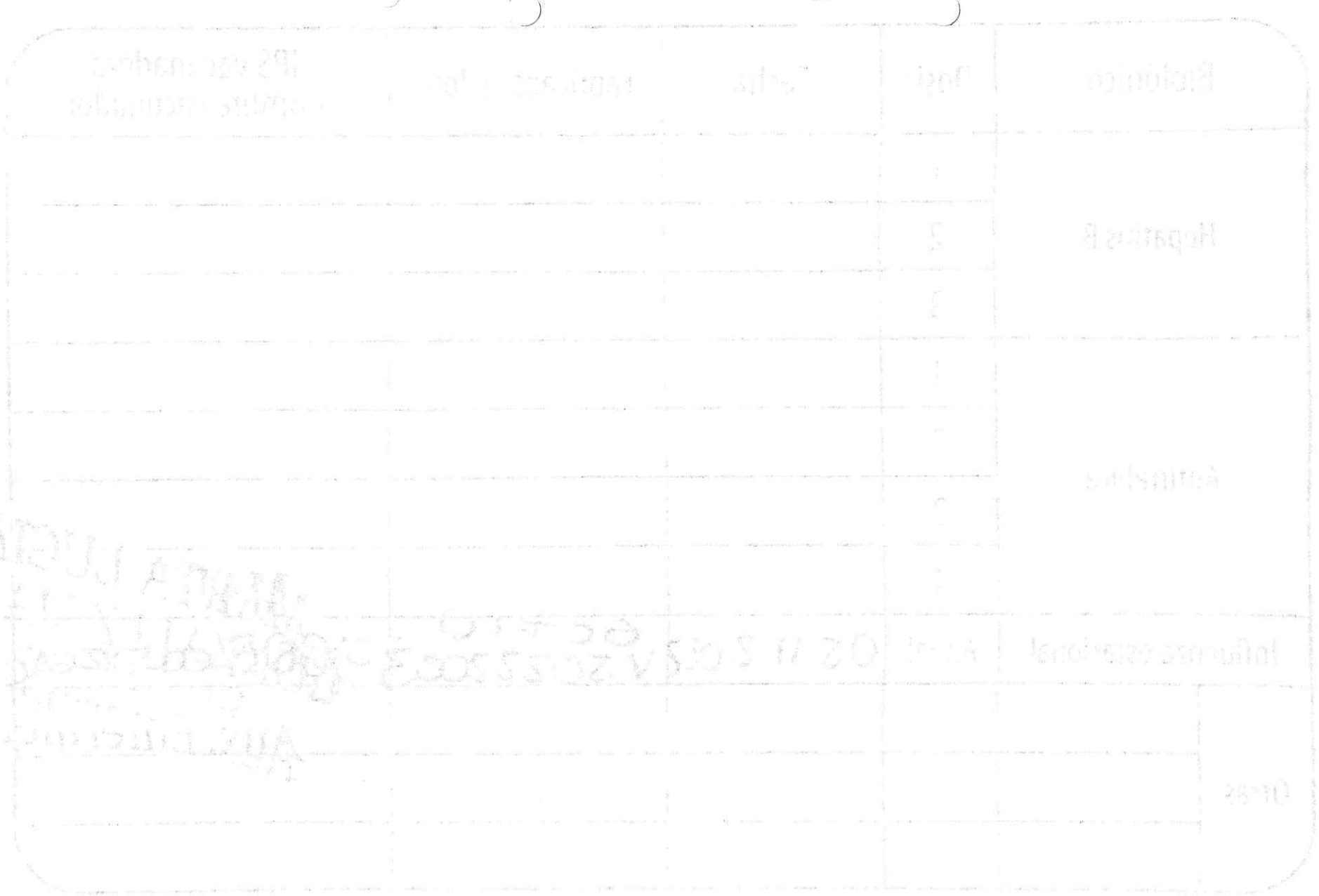
El asegurado declara que las respuestas son verdaderas y completas.

Firma del Asegurado

Fecha 10/04/2026

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| Antirrábica | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| | | 4 | | | |
| Influenza estacional | | Anual | 05 11 2022 | SCFIO V50222003 | MARTA LUCIA GONZALEZ SORENG C.C. Enfermeria Aux. Enfermeria |
| Otras | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Powered by CamScanner



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: YEISON

Apellidos: NAVA CUALLOS

Documento de identidad: C.C. (X) T.I. ( ) Pasaporte ( ) No. 1019027923

Fecha de nacimiento: Día 15 Mes 11 Año 1987

Scanned with CamScanner

| [illegible] | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | -1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | [illegible] Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 04-11-23 | U5C552306 A | |
| Otras | | | | |

VACUNACIÓN EXTERNA SEDE CONSULTA

Scanned with CamScanner



*DR. JUAN CAMILO CASTRO CORDOBA*
*MEDICO ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO*

**DR. JUAN CAMILO CASTRO CORDOBA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**TELEFONO: 3204201902**

**LICENCIA STT 8468-2022 RM. 1013668259**



***CODIGO ID***
1019027923


## CERTIFICADO MEDICO

EMPRESA: INDEPENDIENTE FECHA: 19/2/2026

TIPO DE VALORACION: INGRESO

| NOMBRES | 1ER APELLIDO | 2DO APELLIDO |
|---|---|---|
| YEIGSON | MORA | OVALLOS |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 1019027923

CARGO: MEDICO GENERAL

## EXAMENES PRACTICADOS

| Examen | SI | NO | LABORATORIOS | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|
| Evaluacion Medico Ocupacional | X | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## RESULTADO DE VALORACION MEDICA

### EXAMEN DE INGRESO

| | |
|---|---|
| SIN RESTRICCIONES | X |
| CON RESTRICCIONES | |

MOTIVO
MOTIVO
MOTIVO

## OSTEOMUSCULAR

EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL [X] ANORMAL [ ]

## RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL ( INGRESO). SATISFACTORIO.
TRABAJADOR (A) SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO : (0)
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES : 1) USAR LOS E.P.P.
2) HACER LAS PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
3) MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.
4) HACER LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR LOS (ATEP).

## RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

| MEDIDAS | | OCUPACIONALES | | | | HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REMISION A EPS | NO | USO DE EPP | SI | | | INICIO DE ACTIVIDAD FISICA | SI |
| | | INGRESO A SVE | NO | | | VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION | NO |
| CONTINUAR MANEJO MEDICO | NO | SIVIG - OTOM | NO | | | DEJAR DE FUMAR | NO |
| | | SIVIG - OIR (Ruido) | NO | SIVIG-Visual | NO | PAUSAS ACTIVAS | SI |
| SEGUIMIENTO CASO POR ARL | NO | SIVIG - Sustancias Quimicas | | | NO | REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL | NO |
| | | SIVIG- Biologico | | | NO | DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS | NO |
| CITOLOGIA VAGINAL | NO | SIVIG - Radiaciones ionizantes | | | NO | CONTOL DE PESO | NO |
| | | SIVIG- Psicolaboral | | | NO | | |
| | | SIVIG - Cardiovascular | | | NO | OTRO | CUAL |

Se realizo encuesta epidemiologica al ingreso a la institucion sobre síntomas de covid-19, contacto con pacientes sospechosos o confirmados de covid-19 y la realizacion de viajes en ultimos 15 dias. Se realizo lavado de manos según las recomendaciones de la oms, en los cinco momentos, en tecnica y duracion, ademas se utiliza equipo de proteccion personal y las medidas de proteccion del paciente para covid-19, tambien se realiza limpieza y desinfeccion de los equipos despues de la atencion de cada paciente.

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

NOMBRE DEL MEDICO - FIRMA - REGISTRO Y LICENCIA S.O.

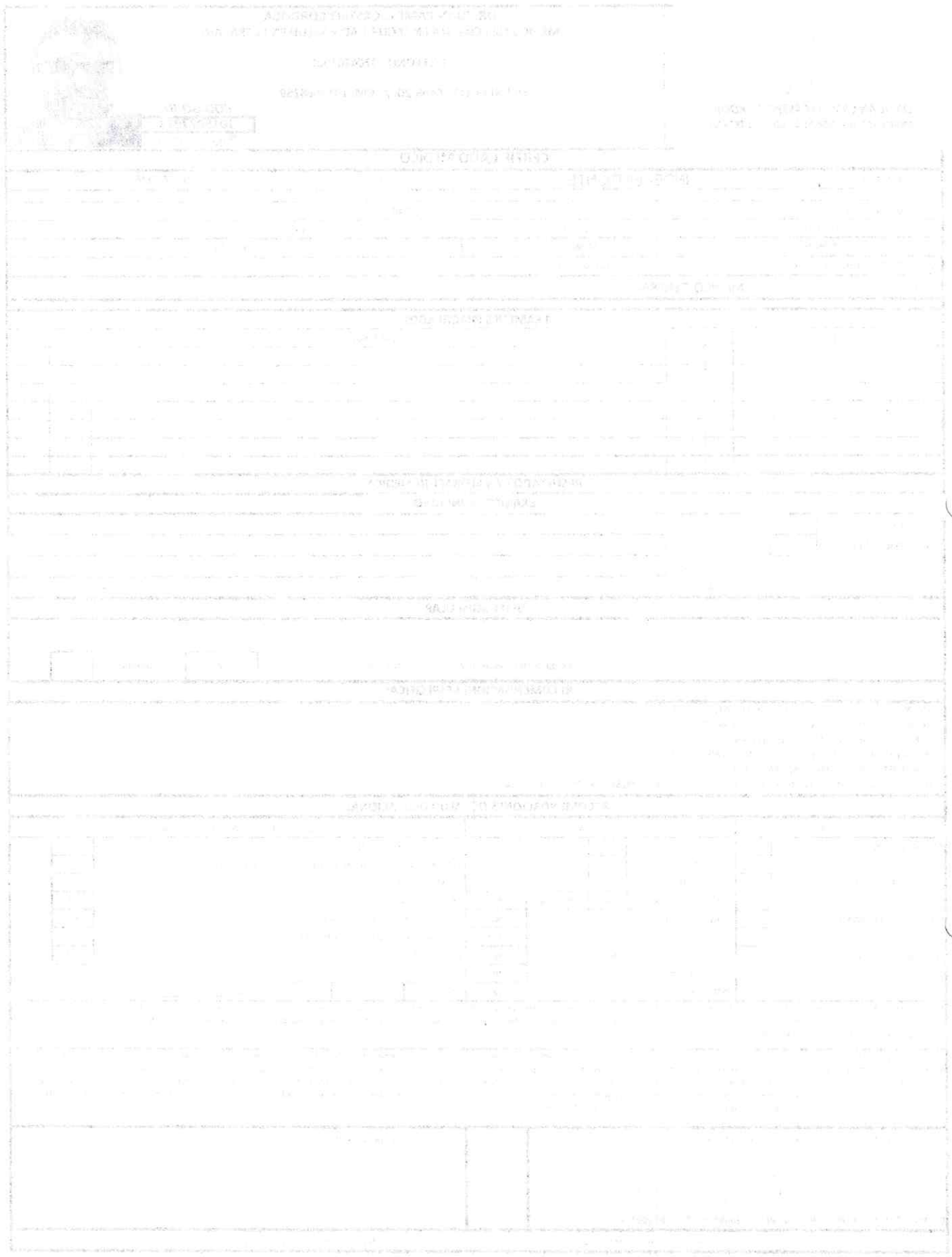
Dr Juan Camilo Castro C.
Medico General Esp. en seguridad y salud en el trabajo
R.M 1013668259
R. SST 8468 de 2022

DR. JUAN CAMILO CASTRO CORDOBA RM 1013668259 LSTT 8468-2022

FIRMA DEL TRABAJADOR Y CC

Yeigson Mora O.

Se mantendra la custodia de la historia clinica que genero este certificado, conforme a la Resolucion 1918 de 2009, articulo 2



DR. JUAN CAMILO CASTRO CORDOBA
MEDICO ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**DR. JUAN CAMILO CASTRO CORDOBA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**LICENCIA STT 8468-2022 RM. 1013668259**

## VISIOMETRIA

**FECHA: 19/02/2026**

**NOMBRE:** YEIGSON MORA OVALLOS
**DOCUMENTO:** 1019027923 **EDAD:** 37 AÑOS
**TELEFONO:** 310 2829523

| AGUDEZA VISUAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | SIN CORRECCIÓN | | CON CORRECCIÓN | |
| | VISIÓN LEJANA | VISIÓN PRÓXIMA | VISIÓN LEJANA | VISIÓN PRÓXIMA |
| OJO DERECHO | 20/30 | 20/30 | 20/20 | 20/20 |
| OJO IZQUIERDO | 20/30 | 20/30 | 20/20 | 20/20 |
| AMBOS OJOS | 20/30 | 20/30 | 20/20 | 20/20 |
| **VISION COLOR** | | | | |
| SIN ALTERACIONES | | | | |

| EXAMEN EXTERNO | |
|---|---|
| OJO DERECHO | NORMAL |
| OJO IZQUIERDO | NORMAL |

| OFTALMOSCOPIA | |
|---|---|
| OJO DERECHO | NORMAL |
| OJO IZQUIERDO | NORMAL |

| | |
|---|---|
| DIAGNOSTICO | SIN ALTERACIONES EN LA AGUDEZA VISUAL |
| OBSERVACIONES | USO DE CORRECCION VISUAL |
| REMISIÓN | |

Dr Juan Camilo Castro C.
Medico general Esp. en seguridad y salud en el trabajo
R.M 1013668259
R. SST 8468 de 2022

DR. JUAN CAMILO CASTRO CORDOBA
LICENCIA STT 8468-2022 RM. 1013668259

KR 25 A # 36-26 SUR
Correo electrónico: jcastro22071996@gmail.com
Tel 3057948145

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE, LA

# UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

CON PERSONERIA JURIDICA 4571 DE 1977

UAN

## CONFIERE EL TITULO DE

## MEDICO

A

## Yeigson Mora Ovallos

C.C. No. 1.019.027.923 de Bogotá D.C

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

# DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C., A LOS 23 DIAS DEL MES 1 DE 2015

RECTOR

VICE RECTOR ACADEMICO

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 1-20 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 25

nau

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personeria Jurídica No. 4571 de 1977 del Ministerio de Educación Nacional

**ACTA DE GRADO NUMERO** 43324

El Rector de la Universidad, el Decano de la facultad y el Secretario General, teniendo en cue

Que el estudiante VEIGSON MORA OVALLOS

Con cédula de ciudadanía No. 1.019.027.923 de Bogotá D.C

Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de acuerdo a las reglamentaciones académicas del Programa de **MEDICINA**

De conformidad con las disposiciones legales vigentes le otorga el Título de:

MEDICO

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de grado, en la ciudad de Bogotá a los 23 días del mes de ENERO de 2015

MARTHA ALICE LOSADA FALK
**RECTOR**

ALEJANDRA SALCEDO MONSALVE
**DECANO**

## SOPORTES.



MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

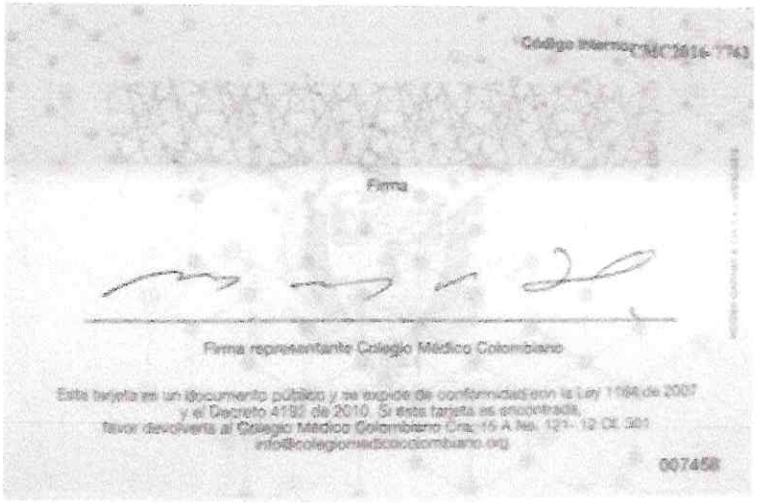
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

YEIGSON MORA OVALLOS

C.C o C.E. 1019027923

Profesión u Ocupación
MEDICO
Especialidad

Institución de Educación
U. ANTONIO NARIÑO
Ciudad BOGOTA D.C.
Fecha de expedición diploma 23/01/2015
Fecha de inscripción RETHUS 25/04/2015



Código Interno CMC2016-7743

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301 info@colegiomedicocolombiano.org

007458

Cambiar

1695

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General - 2026-06-21--9:06:04 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Profesional | Detalle |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1019027923 | YEIGSON | | MORA | OVALLOS | Vigente | Ver |

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) YEIGSON MORA OVALLOS identificado(a) con CC 1019027923 registra la siguiente información:

2026-06-21--9:06:04 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha Inicio Vigencia Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2016-04-05 | 0 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|CESAR\|SAN MARTÍN | 2015-03-10 | 2016-03-09 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

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

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Yeigson Mora Ovallos*

## *CC 1019027923 de Bogota D.C.*

lizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-07-03
Fecha de vencimiento: 2026-07-03

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Celica
Repair Manual
2014 and Beyond
CHILTON

FUNDACIÓN NUESTRA
EÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Yeigson Mora Ovallos*

## *CC 1019027923 de Bogota D.C.*

izó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-05
Fecha de vencimiento: 2026-08-05

FUNDACIONNUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880 Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Catalogação na publicação
Universidade Federal de Goiás
Sistema de Bibliotecas

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Yeigson Mora Ovallos*

## *CC 1019027923 de Bogota D.C.*

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-07-05
Fecha de vencimiento: 2026-07-05

Verificación:

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Versão Avaliação
Cópia Digital
Proibida a Comercialização

# EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
# REGION DE SALUD SOACHA

## CERTIFICA QUE:

## *YEIGSON MORA OVALLOS*

Realizó el curso de:

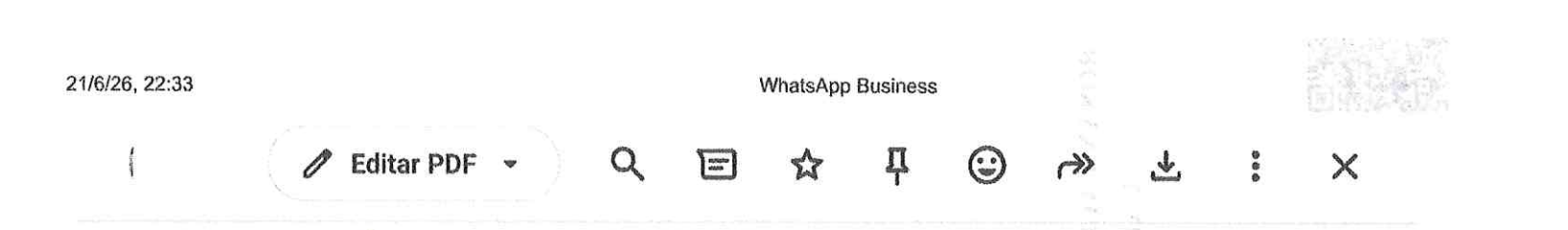
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

**ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL**
CAPACITADOR

**DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA**
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: junio 21, 2026

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA


Editar PDF

5-75b0-4591-bd74-0ffdac1f06a6

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *YEIGSON MORA OVALLOS*

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 70,00 %

23 de abril de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68097fe5-75b0-4591-bd74-0ffdac1f06a6

Abogado obligado a
dirección de abogados

# ASOCIACION AJUDISP

# BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

## EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

## CERTIFICA:

QUE: **YEIGSON MORA OVALLOS**

C.C : 1019027923 DE BOGOTA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

FIEBRE AMARILLA

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

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

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 24 DIAS DEL MES DE ABRIL DEL 2025 CON VIGENCIA DE 1 AÑO
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

# SABERSALUD
CENTRO DE CAPACITACIONES

**HACER CONSTAR QUE:**

*YEIGSON MORA OVALLOS*

**C.C 1019027923**

ASISTIÓ Y APROBÓ AL CURSO DE:

## SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LOS LINEAMIENTOS DE LA AHA, EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 DEL 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101268.

DADO A LOS 02 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2024, CON UNA DURACIÓN DE 48 HORAS EN BOGOTÁ D.C.

**VÁLIDO POR 2 AÑOS**

SS1733173384611IT

Iván Torres Vásquez
Director
SABERSALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES SABERSALUD APROBADO

Saber Estética

FCTS

Bogotá D.C Calle 22 sur # 30-41
Tel: (601) 7959286 Cel: 350 626 0481
info@sabersalud.co

AIDER

URUZ PHARMA

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Yeigson Mora Ovallos*

## *CC 1019027923 de Bogota D.C.*

ealizó y aprobó el Curso Manejo de Pruebas en Punto de Atención - Point of Care Testing (POCT) con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-03-10
Fecha de vencimiento: 2027-03-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

## CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) MORA OVALLOS YEIGSON; con documento de identidad No, 1019027923 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

| # | Año | Contrato | Perfil | Fecha Inicial | Fecha Final | Valor | Unidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2016 | As460 | MEDICO GENERAL HOSPITALARIO Y GINECOLOGÖA | 06/04/2016 | 30/04/2016 | $1538085 | BOSA |
| 2 | 2016 | As572 | MEDICO GENERAL HOSPITALARIO Y GINECOLOGÖA | 01/05/2016 | 31/07/2016 | $5537106 | BOSA |
| 3 | 2016 | 2-2604 | MEDICO | 26/11/2016 | 10/01/2017 | $4200000 | PABLO VI |
| 4 | 2016 | 1097 | MEDICO GENERAL | 01/10/2016 | 25/11/2016 | $4216667 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE |
| 5 | 2016 | 2000 | MEDICO GENERAL | 07/06/2016 | 30/11/2016 | $$ 4.200.000 | PABLO VI |
| 6 | 2017 | SO-1906 | MEDICO GENERAL HOSPITALARIO Y GINECOLOGÖA | 01/08/2017 | 31/08/2017 | $5267520 | BOSA |
| 7 | 2017 | SO-1906 | MEDICO GENERAL HOSPITALARIO Y GINECOLOGÖA | 01/09/2017 | 31/01/2018 | $10535040 | BOSA |
| 8 | 2017 | OPS 5 0738-17 | MEDICO GENERAL HOSPITALARIO Y GINECOLOGÖA | 01/07/2017 | 31/07/2017 | $4600000 | BOSA |
| 9 | 2017 | 5-0738 | MEDICO GENERAL HOSPITALARIO Y GINECOLOGÖA | 01/04/2017 | 30/06/2017 | $$ 20.700.000 | BOSA |
| 10 | 2017 | 5-0738 | MEDICO GENERAL HOSPITALARIO Y GINECOLOGÖA | 11/01/2017 | 31/03/2017 | $6133333 | USS BOSA |
| 11 | 2018 | 1934 | APOYO PROFESIONAL COMO MEDICO GENERAL | 01/02/2018 | 31/01/2019 | $5482908 | sin dato |

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| # | Año | Contrato | Perfil | Fecha Inicial | Fecha Final | Valor | Unidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 2019 | 3070-2019 | MEDICO GENERAL | 1/2/2019 | 31/01/2020 | $5811942 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE |
| 13 | 2020 | 1393-2020 | MEDICO GENERAL | 01/02/2020 | 31/01/2021 | $6032724 | SUBRED |
| 14 | 2021 | 2395-2021 | MEDICO GENERAL | 01/02/2021 | 31/01/2022 | $9063630 | SUBRED |
| 15 | 2022 | 3113-2022 | MEDICO GENERAL | 01/02/2022 | 31/01/2023 | $6430950 | SUBRED |
| 16 | 2023 | 788-2023 | MEDICO GENERAL | 01/02/2023 | 31/01/2024 | $7303600 | SUBRED |
| 17 | 2024 | 3474-2024 | MEDICO GENERAL | 01/02/2024 | 31/10/2024 | $8033960 | SUBRED |

## OBLIGACIONES CONTRACTUALES

## MEDICO GENERAL

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

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

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los veintitres(23) días del mes de Diciembre de 2024, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,

Gabriel Ricardo Camacho Arcila
DIRECTOR DE CONTRATACIÓN SUBGERENCIA CORPORATIVA

Copia Controlada

*Generado por: Yeigson Mora Ovallos*

| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL | CO-OPS-FT-22 V1 |
|---|---|---|

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) MORA OVALLOS YEIGSON ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,019,027,923 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

| | |
|---|---|
| CONTRATO | 4096 de 2021 |
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $62,238,780 |
| FECHA DE INICIO | 03/03/2021 |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 31/01/2022 |
| FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA | NO APLICA |
| PERFIL | MEDICO GENERAL |

## OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1). Prestar servicios de perfil (médico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los ocho(8) días del mes de Diciembre de 2023.

Cordialmente,

CARMENZA MANOTAS BUENO
Directora Operativa – Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021



*© Siasur - 2020*

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) MORA OVALLOS YEIGSON ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,019,027,923 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

| | |
|---|---|
| CONTRATO | 2628 de 2022 |
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $74,478,858 |
| FECHA DE INICIO | 02/02/2022 |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 31/01/2023 |
| FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA | NO APLICA |
| PERFIL | MEDICO GENERAL |

## OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1). Prestar servicios de perfil (médico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los ocho(8) dias del mes de Diciembre de 2023.

Cordialmente,

CARMENZA MANOTAS BUENO
Directora Operativa – Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.


*© Siasur - 2020*

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021



*© Siasur - 2020*

| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL | CO-OPS-FT-22 V1 |
|---|---|---|

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) MORA OVALLOS YEIGSON; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,019,027,923 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

| | |
|---|---|
| CONTRATO | 1809 de 2023 |
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $27,528,000 |
| FECHA DE INICIO | 01/02/2023 |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 30/06/2023 |
| FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA | NO APLICA |
| PERFIL | MEDICO GENERAL |

## OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1). Prestar servicios de perfil (medico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realización, con integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los ocho(8) días del mes de Diciembre de 2023.

Cordialmente,

CARMENZA MANOTAS BUENO
Directora Operativa – Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.


*© Siasur - 2020*

*Yeigson Mora Ovallos*

**UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO**

Personería Jurídica No. 4971 de 1977 del Ministerio de Educación Nacional

**ACTA DE GRADO NUMERO 41324**

El Rector de la Universidad, el Decano de la Facultad y el Secretario General, teniendo en cuenta

Que el estudiante **YEIGSON MORA OVALLOS**

Con cédula de ciudadanía No. 1 019 027 923 de Bogotá D.C

Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de acuerdo a las reglamentaciones académicas del Programa de **MEDICINA**

De conformidad con las disposiciones legales vigentes le otorga el Título de

**MEDICO**

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de grado, en la ciudad de Bogotá a los 23 días del mes de ENERO de 2015

MARTHA ALICE LOSADA FALK
**RECTOR**

ALEJANDRA BALCEDO MONSALVE
**DECANO**

**SECRETARIA GENERAL**
MARTHA LUCIA CANO MEJIA

REGISTRADO AL FOLIO 529 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 23

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021



*© Siasur - 2020*

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) MORA OVALLOS YEIGSON ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,019,027,923 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

| | |
|---|---|
| CONTRATO | 3879 de 2023 |
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO MEDICO, PARA EL EQUIPO DE SALUD TERRITORIAL EN EL MARCO DEL CONVENIO NO. 0002-2022 SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $13,489,003 |
| FECHA DE INICIO | 01/03/2023 |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 01/05/2023 |
| FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA | NO APLICA |
| PERFIL | MEDICO |

## OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Apoyar y atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su regimen de afiliacion. 2. Realizar diariamente la correccion de los requisitos de calidad por el instrumento de validacion establecido para los equipos de atencion en casa. 3. Realizar la entregar al geografo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. 4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realizacion de la consulta medica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendacion medica que queda registrada en su Historia Clinica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora. 5. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestion documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, ordenes medicas. 6. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recoleccion de informacion y los identificados en la consulta diagnostica (Historia Clinica Digital). 7. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guia operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demas lineamientos que expida esta o la Subred Sur. 8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operacion definido para el sector rural. 9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificacion de riesgos en salud y la verificacion de las condiciones de aseguramiento. 10. Referir mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atencion que se identifiquen en poblacion afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde alli se gestione la atencion correspondiente.11. Registrar oportunamente la informacion pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.12. Identifica eventos de interes en salud publica visibles en consulta (desnutricion, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infeccion respiratoria aguda, etc.), el medico debe (i) diligenciar y firmar la Ficha de Notificacion Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud - INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y- Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente. 13. Registrar la consulta diagnostica basica en la Historia Clinica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensacion por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condicion de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar. 14. Realizar Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promocion y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida. 15. Se debe dar cumplimiento a la ejecucion de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programatica entregada por la Secretaria de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoracion integral, planificacion de la atencion, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.



*© Siasur - 2020*

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los ocho(8) días del mes de Diciembre de 2023.

Cordialmente,

CARMENZA MANOTAS BUENO
Directora Operativa – Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021


*© Siasur - 2020*

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) MORA OVALLOS YEIGON ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,019,027,923 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

| | |
|---|---|
| CONTRATO | 5907 de 2023 |
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE APOYO A LA GESTION EN EL MARCO DEL CONVENIO VIGENTE SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE. |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $45,232,705 |
| FECHA DE INICIO | 05/05/2023 |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 30/11/2023 |
| FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA | NO APLICA |
| PERFIL | PROFESIONAL UNIVERSITARIO |

## OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Apoyar y atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación. 2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa. 3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. 4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora. 5. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, ordenes médicas. 6. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital). 7. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur. 8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. 9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. 10. Referir mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente.11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.12. Identifica eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud - INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y- Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente. 13. Registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar. 14. Realizar Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida. *Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los ocho(8) días del mes de


*© Siasur - 2020*

Diciembre de 2023.

Cordialmente,

CARMENZA MANOTAS BUENO
Directora Operativa – Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021


*© Siasur - 2020*

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **21/06/2026**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YEIGSON MORA OVALLOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1019027923**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **0570481670020496** |
| Fecha de apertura | **18/04/2016** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

# CERTIFICADO