

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO					
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	/			
2	Hoja de vida (actualizada con foto)	/			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	/			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	/			
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses	/			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses	/			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	/			
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses	/			
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos	/			
10	Consulta de 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 visometría* Vigencia de 3 años	/			
SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO					
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado	/			
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado	/			
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado	/			
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado	/			
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado	/			
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado	/			
35	Tarjeta profesional	/			
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca	/			
37	RETHUS actualizado- pregrado y postgrado (Asistenciales)	/			
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros	/			
CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES VIGENCIA NO MAYOR A 2 AÑOS					
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	/			
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	/			
41	Manejo del duelo (Asistenciales)	/			
42	Inducción -reinducción corporativa (Todos)	/			
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla	/			
AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia	/			
45	Toma de muestra con fecha de vigencia	/			
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)	/			
JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
47	Toma de muestra con fecha de vigencia	/			
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia	/			
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)	/			
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia	/			
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)	/			
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.	/			
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)	/			
MEDICO URGENCIOLOGO					
54	Certificado en formación de sedación	/			
ODONTOLOGO					
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años	/			
AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	05
		VIGENCIA	30/04/2026

56	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
57	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
58	Retiro e inserción DIU				
59	Retiro e inserción JADELLE				
60	Certificado de formación en toma de citología				
61	Soporte vital avanzado				
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
63	Soporte v tal avanzado				
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
66	Registro único nacional de tránsito RUNT				
67	Licencia de conducción				
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito				
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * Vigencia 3 años.				
AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA					
70	Soporte vital básico				
71	Primeros Auxilios				
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
INGENIERO BIOMÉDICO					
73	Certificado del registro INVIMA				
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO					
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
77	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visimetría 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, 14 _de julio de 2026

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: **CAROLINA GARZON SANCHEZ** __

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** _____

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

Cordialmente,



Nombre del Contratista

CAROLINA GARZON SANCHEZ

CC: 1075245201 de Neiva

Dirección: Carrera 16D No 36 - 78 SUR LLANOS DE SOACHA

Email: carolina19061990@gmail.com

Teléfono/ Celular: 3152287636

CAROLINA GARZON SANCHEZ

Nací el 19 de junio de 1990 Neiva-Huila, Colombia

Celular: 3152287636

Email: carolina19061990@gmail.com



PERFIL

Técnica Auxiliar en Enfermería con formación orientada a la prestación de servicios de salud, atención integral al paciente y cumplimiento de los protocolos asistenciales. Me caracterizo por ser una persona organizada, responsable y comprometida con la calidad en la atención, con capacidad para liderar, tomar decisiones y solucionar situaciones de manera oportuna.

Cuento con habilidades para la comunicación asertiva, la atención al usuario, la escucha activa y el trabajo en equipo, manteniendo siempre una actitud proactiva y orientada al servicio. Me adapto con facilidad a nuevos entornos laborales, demostrando flexibilidad, honestidad, ética profesional y disposición para el aprendizaje continuo, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales y al bienestar de los pacientes.

FORMACIÓN ACADÉMICA

- Bachiller académico
Instituto bolivariano esdiseños
20 de noviembre de 2021

Técnico auxiliar de enfermería
Fundación San Mateo
23 De Enero 2021
Hasta 26 De Noviembre 2022

EXPERIENCIA LABORAL

IPS JARBSALUD S.A.S

ATENCION AL USUARIO

Febrero 16 de 2023 – Marzo 11 de 2024

(601) 914 3914

ESE - MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA
SALUD PUBLICA PLAN DE INTERVENIONES COLECTIVAS (PIC)
Junio 18 de 2023 – Junio 19 de 2026
3330333698

REFERENCIAS PERSONALES

Paula Tatiana Rivera Ubaque
Cel. 3103242495
Auxiliar de enfermería
Independiente
Bogotá - Cundinamarca

Diana Milena Diaz
Cel. 3025596368
Independiente
Soacha

REFERENCIAS FAMILIARES

Esposo
Robinson Valencia Mendoza
Cel. 3173173631
Intendente
Indecor Muebles (ebanista)
Bogotá D.C.

Padre
Alfonso Garzón Medina
Policía Nacional
Cel. 3212891551
Jubilado
Bogotá D. C

COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.075.245.201**

GARZON SANCHEZ
APELLIDOS

CAROLINA
NOMBRES

Carolina Garzon
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-1990**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

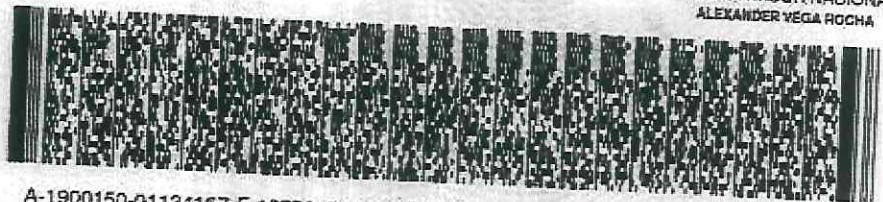
1.68
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

07-JUL-2008 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1900150-01134167-F-1075245201-20200226 0070239418A 1 8500352236



Bogotá DC, 23 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) CAROLINA GARZON SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1075245201:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



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



Línea gratuita 018000910315



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 martes 23 de junio de 2026, a las 21:35:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1075245201
Código de Verificación	1075245201260623213511

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 09:31:38 PM horas del 23/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1075245201

Apellidos y Nombres: **GARZON SANCHEZ CAROLINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25
barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes
8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700
ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



República

Presidencia de la



Defensa Nacional

Ministerio de



Contratación

Portal Único de



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



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, 14/07/2026 01:59:14 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1075245201** y
Nombre: **CAROLINA GARZON SANCHEZ**.

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. **143825141** . 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

515 9000

**Dios y
Patria**

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



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

GOV.CO



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1075245201 **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 23/06/2026 09:45 PM



Código Verificación: QFY9E31RC6

Valida hasta: 22/09/2026

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 12:26:55 horas del 10/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1075245201, Apellidos y Nombres GARZON SANCHEZ CAROLINA

NO REGISTRA INHABILIDAD

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

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E
INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 y Ley 2375 de 2024

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

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponibles)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen

Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad

Compradores Proveedores

Nombre de la entidad

CAROLINA GARZÓN SÁNCHEZ

Nombre abreviado

CAROLINA GARZÓN SÁNCHEZ

Fecha de creación

28/05/2024 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

País de origen

COLOMBIA

Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

Número de documento

1075245201

Tipo Entidad Estatal / Proveedor

Otro

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

País

COLOMBIA

Ciudad

Cundinamarca

Municipio

Soacha

Información de contacto

Dirección

Carrera 16D No 36 - 78 SUR LLANOS DE SOACHA

Código postal

Teléfono de oficina

3152287636

Fax de oficina

Correo electrónico de la oficina

carolina19061990@gmail.com

Correo electrónico para notificaciones SECOP II

carolina19061990@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

Página web

Página web

Facebook

URL linkedin

URL de YouTube

URL de Twitter

Contacto principal

Título

Nombre

Carolina Garzón Sánchez

Carga

Teléfono

Móvil 3152287636

Fax

Correo electrónico carolinagarzon328@gmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	EBITDA	Número de empleado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

[Editar datos resumen](#) [Editar datos completos](#)



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION 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:

2026-07-09

CIUDAD:

SOACHA

DEPARTAMENTO:

CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL: AUXILIAR ENFERMERIA

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

GARZON SANCHEZ CAROLINA N/A

TIPO DE IDENTIFICACION

No IDENTIFICACION

LUGAR EXPEDICION

FECHA EXPEDICION

C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ 1075245201 NEIVA/HUILA 2008-07-07

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:

LUGAR NACIMIENTO

PAIS NACIMIENTO

NACIONALIDAD:

1990-06-19

NEIVA / HUILA

COLOMBIA

COLOMBIANA

ESTADO CIVIL

PERSONA A CARGO

NUMERO DE HIJOS

TELEFONO CELULAR

SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐ 2 2 3152287636

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

PROFESION / OFICIO

MAGISTER

POSGRADO

UNIVERSITARIO

BACHILLER

PRIMARIA

TECNICO

TECNOLOGO

OTRO

CUAL:

AUXILIAR ENFERMERIA

CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:

CIUDAD RESIDENCIA

DEPARTAMENTO:

PAIS RESIDENCIA:

TELEFONO RESIDENCIA

Carrera 16D No 36 - 78 SUR SOACHA CUNDINAMARCA COLOMBIA 3152287636

CORREO ELECTRONICO:

PORTAL O PAGINA INTERNET

TIPO DE VIVIENDA

carolina19061990@gmail.com N/A PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)

CIUDAD:

DEPARTAMENTO:

PAIS:

TELEFONO/FAX

N/A N/A N/A N/A N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

VALENCIA MENDOZA ROBINSON N/A

TIPO DE IDENTIFICACION

NUMERO IDENTIFICACION

LUGAR EXPEDICION

FECHA EXPEDICION

C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ 93295216 LIBANO TOLIMA 1994-02-07

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL: AUXILIAR ENFERMERIA
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA: ☐

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:

DECLARA RENTA

SI ☐

NO ☒

IVA

SI ☐

NO ☒

ICA

SI ☐

NO ☒

CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA

8699

PRINCIPAL: ☒

SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE

SI ☐

NO ☒

AGENTE RETENEDOR

SI ☐

NO ☒

AGENTE AUTORETENEDOR

SI ☐

NO ☒

FUNCIONARIO PUBLICO

ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS

NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA

SI ☐

NO ☒

SI ☐

NO ☒

ESE Region de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA

GOBIERNO

SERVICIOS

SALUD

☒

NIT

800006850-3

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

 REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo Version Vigencia		TH_FTO_45 0 6/07/2022	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
Calle 13 No. 10 - 60		730 92 30		SOACHA		CUNDINAMARCA	
CARGO ACTUAL		AUXILIAR ENFERMERIA		FECHA VINCULACION		2025-01-01	
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	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	\$ 1.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	\$ 2.000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 2.000.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.000.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	
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	
DIAZ		MARTINEZ		DIANA		MILENA	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CRA 7 N 11 - 80		SOACHA / CUNDINAMARCA		AMIGA		3123228264	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
BANCO DE DAVIVIENDA		cuenta de ahorros		550488437378190	SOACHA	N/A	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A		N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS: IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐						CUAL: N/A	
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 entregare a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): AUXILIAR ENFERMERIA							
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)							
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.							
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas.							
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.							
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.							
Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA							
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS							
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante							



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA

FORMATO SARLAFT

Código

TH_FTO_45

Versión

0

Vigencia

6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, 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 último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan 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, enténdase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

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 Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La revención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

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, son: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Carolina Geron S.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que Carolina Garzon Sanchez, identificado(a) con CC número 1075245201, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1075245201
NOMBRES Y APELLIDOS	Carolina Garzon Sanchez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	19/06/1990
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/07/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/12/2024
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1075245201 CAROLINA GARZON
SANCHEZ Desde 01/12/2024 - Vigente

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CAROLINA GARZON SANCHEZ, identificado(a) con C.C 1.075.245.201, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 23 de Junio de 2026.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GARZON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SANCHEZ	NOMBRES CAROLINA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1075245201	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 19 MES 06 AÑO 1990 PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA MUNICIPIO NEIVA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 16D 36 78 SUR LLANOS DE SOACHA PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SOACHA TELÉFONO 3152287636 EMAIL carolina19061990@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA															
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)															
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2021	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)			
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:			
TC (TÉCNICA)	TL (TECNOLÓGICA)	TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)	UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN)	MG (MAESTRÍA O MAGISTER)	DOC (DOCTORADO O PHD)	
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).			

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:							
INF (EDUCACIÓN INFORMAL)		TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)					
INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FUNDACIÓN SAN MATEO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1800	X		TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA	12	2022

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3330333698			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	26	Mes	01	Año	2026	Día	19	Mes	06	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AUX DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3330333698			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	12	Mes	04	Año	2025	Día	31	Mes	10	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AUX DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3330333698			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	09	Mes	09	Año	2024	Día	31	Mes	01	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AUX DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3330333698			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	18	Mes	06	Año	2024	Día	30	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AUX DE ENFERMERIA				DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EMPRESARIAL JARBSALUD IPS SAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 6019143914			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	16	Mes	02	Año	2023	Día	11	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ATENCION AL USUARIO			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ATENCION USUARIO				DIRECCIÓN CALLE 33 15 51				

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:
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	1	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

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 ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Carolina Garzón Sánchez
Julio

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

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

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

Periodo 01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Carolina Garzon Sanchez

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1075245201

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 16D 36 78 SUR LLANOS DE SOACHA

TELÉFONO: 3152287636

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DANY YULIANA VALENCI GARZON	1074530968	HIJO(A)
NARTIN JULIAN RESTREPO GARZON	1075231308	HIJO(A)

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

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

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	\$30.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$30.000.000

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
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	0550488437378190	SOACHA	10.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

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

Soacha, 09__de Julio__de 2026

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo **CAROLINA GARZON SANCHEZ**, identificado(a) con cedula No. 1.075.245.201 de Neiva, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, 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._1.075.245.201 de Neiva

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

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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR FTO 02
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Soacha, 14 de Julio 2026

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

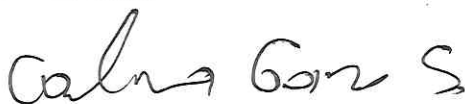
E. S. M.

Yo **CAROLINA GARZON SANCHEZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1075245201, expedida en Neiva por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,



C.C. No. 1075245201, de Neiva



PROCESO: Gerencia del talento humano

SSO FTO 01

01

12/03/2024

Firma Contratista:



INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800006850
Número Afiliación: 215221
Razón social: HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S
E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento: C.C.
Número de documento: 1075245201
Nombre: CAROLINA GARZON SANCHEZ
Fecha Inicio contrato: 20/07/2026
Fecha Fin contrato: 31/10/2026
Fecha Inicio cobertura: 22/07/2026
Número contrato: 15551
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal SUCURSAL 14
Centro de trabajo CTRAB 003
Fecha hora transacción: 21/07/2026 03:00:31 p. m.

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

Soacha 09 de julio de 2026

Señores:

FUNDACION SAN MATEO

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;



Firma

Nº Documento 1.075.245.201 de Neiva

Tarjeta Profesional N

Dirección de contacto Carrera 16D No 36 - 78 SUR

Teléfono 3152287636

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

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

Yo CAROLINA GARZON SANCHEZ identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.075.245.201, expedida en Neiva, en mi condición de contratista 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 divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 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 pudiese 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

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

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

Yo, CAROLINA GARZON SANCHEZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1075245201, expedida en Neiva, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

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

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

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

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

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 14 de julio de 2026


 Firma y huella



3152287636
 Celular No.

carolina19061990@gmail.com
 Correo institucional



1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.



 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, 09 de julio de 2026

Señores

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

Yo **CAROLINA GARZON SANCHEZ** identificada con la cedula de ciudadanía No.1.075.245.201, expedida en Neiva, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,



C.C. 1.075.245.201, expedida en Neiva

MINSAUD

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1075245201

NOMBRE: Carolina Garzon Sanchez		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1075945201									
VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION			NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA			NOMBRE DE VACUNADOR
		DD	MM	YYYY				DD	MM	YYYY	
Influenza estacional Mujeres gestantes a partir de la semana 14	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Tétanos, difteria reducida, B. pertussis acellular (Tdap) Mujeres gestantes a partir de la semana 28	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Toxide tetánico y diftérico (Td)	Primera dosis	4	9	2013	024B1008B	Sanum	SOACHA CENTRO DE SALUD CIUDAD LATINA	13	10	2013	MARIA SILDANIA BARRIGA
	Segunda dosis	28	11	2020	233BL02AF	Sanum	SOCHACH BIENESTAR IPS	28	5	2021	yey paca ramirez planga
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Refuerzo 1										
	Refuerzo 2										
	Refuerzo 3										
	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Tercera dosis										
	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
Rabia Humana	Quinta dosis										
	Primera dosis										
	Adicional										
	Primera dosis										
	Segunda dosis										
DPT Acelular	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Primer Refuerzo										
	Segundo Refuerzo										
Fiebre Amarilla	Unica										
	Primera dosis										
Fiebre tifoidea	Segunda dosis										
	Primera dosis										
Hepatitis A	Segunda dosis										
	Primera dosis	28	11	2020	AHBVC828AB	GSK	SOACHA IPS CAFAM	28	12	2020	EDY YURANI ARBAS
	Segunda dosis	18	2	2021	AHBYC87TAB	GSK	SOACHA IPS CAFAM	18	2	2021	EDY YURANI ARBAS
	Tercera dosis										
	Refuerzo Adicional										
Influenza estacional	Primera	4	9	2013	968270	SCOUFIPASTEUR	SOACHA CENTRO DE SALUD CIUDAD LATINA	9	11	2014	MARIA SILDANIA BARRIGA
	Doña enail										
	Doña enail										
	Doña enail										
	Doña enail										
Anti tuberculosis (BCG)	Unica	25	11	2020	A89CE98BA	GSK	SOACHA IPS CAFAM	25	11	2020	EDY YURANI ARBAS
	Triple viral										
Sarampión y Rubéola	Refuerzo										
	Primera dosis										
Meningococo Conjugado	Refuerzo										
	Primera										
Meningococo Polisacárido	Segunda										
	Unica										
Neumo Conjugado	Unica										
	Primera dosis										
Neumococo Polisacárido	Refuerzo										
	Refuerzo										

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 24533552-3d3f-477b-b195-64531b32234

Nombres y apellidos / Full name

CAROLINA GARZON SANCHEZ

Número de identificación / ID Number

1 0 7 5 2 4 5 2 0 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

19/06/1990

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3152287636

Correo electrónico / e-mail

CAROLINA19061990@GMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Date of vaccination			Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
TD Adulto	Primera	04	09	2013		024B1008B	SOACHACENTRO DE SALUD CIUDAD LATINA	
Influenza Adultos Particular	Anual	04	09	2013		966270	SOACHACENTRO DE SALUD CIUDAD LATINA	
epatitis B Adultos Particular	Primera	26	11	2020		AHEVC828AB	SOACHAIPS CAFAM	EDY YURANI ARIAS
Triple Viral Particular	Refuerzo	26	11	2020		A69CE988A	SOACHAIPS CAFAM	EDY YURANI ARIAS
TD Adulto	Segunda	26	11	2020		2338L024F	SOACHABIENESTAR IPS	YENY PAOLA RAMIREZ PARRAGA
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	18	02	2021		AHEVC877AB	SOACHAIPS CAFAM	EDY YURANI ARIAS
COVID JANSSEN	Única	12	10	2021	Janssen	204F21A	GRUPO EMPRESARIAL SALUD POSTIVASAS	WALTER ENRIQUE ROMERO ORDOÑEZ
COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	14	02	2022	Janssen	201G21A	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	DIANA PAOLA TORRES GOMEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	07	07	2024	Green Cross	V50524002	GRANADACENTRO DE SALUD	ADRIANA MAGALY TEQUIA ROJAS
Fiebre Amarilla	Única	27	11	2024		X3A88	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE CIUDADELA SUCRE	WENNDY GISELLE SALGADO VILLAMIL
Antirrábica Humana Intramuscular Post Exposición	Primera	23	12	2025	Serum	1484T128	SOACHAIPS CENTRO MEDICO SANITAS	DANGELA YINET ALMECIGA RUBIANO
Antirrábica Humana Intramuscular Post Exposición	Segunda	26	12	2025	Serum	1484T128	SOACHAIPS CENTRO MEDICO SANITAS	DANGELA YINET ALMECIGA RUBIANO
Antirrábica Humana Intramuscular Post Exposición	Tercera	29	12	2025	Serum	1484T128	SOACHAIPS CENTRO MEDICO SANITAS	DANGELA YINET ALMECIGA RUBIANO
Antirrábica Humana Intramuscular Post Exposición	Cuarta	07	01	2026	Serum	1484T128	SOACHAIPS CENTRO MEDICO SANITAS	DANGELA YINET ALMECIGA RUBIANO

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

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

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

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

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

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

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

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110013029631

Fecha de generación del carné: viernes, 10 de julio de 2026 06:24 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1075245201
Nombres y Apellidos: CAROLINA GARZON SANCHEZ
Fecha de nacimiento: 19/06/1990

DPT Acelular

Única

Primera dosis

Segunda dosis

Tercera dosis

Primer refuerzo

Primera dosis

Segunda dosis

Tercera dosis

Cuarta dosis

Quinta dosis

Refuerzo

Cuarta dosis

Quinta dosis

Única

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

Tercera dosis

14/08/2021

Recombax B

UFX20003

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Refuerzo

21/05/2022

HepatitisB Delta SAS

220501819C

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

He, s B segundo
esquema

Primera dosis

Segunda dosis

Tercera dosis

Refuerzo

Influenza

Única

Meningococo

Única

Meningococo Conjugado

Única

Meningococo Polisacárido

Primera dosis

Neumo Conjugado

Única

Neumo Polisacárido

Primera dosis

Refuerzo



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110013029631

Fecha de generación del carné: viernes, 10 de julio de 2026 06:24 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1075245201
Nombres y Apellidos: CAROLINA GARZON SANCHEZ
Fecha de nacimiento: 19/06/1990

Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Conjugado	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Tercera dosis	14/08/2021	Vacuna Antitetánica	220801020B	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
Var.	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

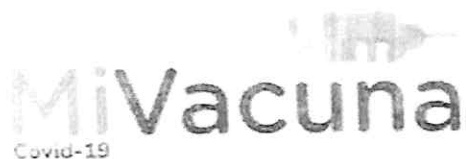
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única		Magaly Leiton	
Fiebre Amarilla	Única	X 3A88	Aux de Enferme	
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1		Vacuna	
	2		C.C. 53	
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	07-07-21	VS0524002	adriana T
	Anual	2-08-25	VS052006	luisa Gutierrez
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19		17 MAY 2026	Influenza	VS052506			
	2						

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	3	14 AGO. 2021	LUF20003 25/03/2023	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT. 900.394.707-3
	2	21 MAY 2022	DELTA SAS L. 220501819C 31/12/2022	
	3			
	R			
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	3	14 AGO. 2021	vacuna antitetanica 220801020B 31/07/2023	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT. 900.394.707-3
	2			
	3			
	4			
	5			
F. AMARILLA	1			



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud



Vacuna

Certificado de vacunacion

Nombre

Carolina

Apellidos

Garzon Sanchez

Documento
de identidad

C.C. A.T.E.

Pasaporte

R.F.P.

Otro

Cable

Nº

1.075.245.201

Fecha de
nacimiento

Día 19

Mes 06

Año 1990

Biología

Genes

Fecha

Fabricante

Lote

RTS variada

Nombre vacunado

Cédula del vacunado

Covid 19

12-10-2021

Janssen

201921A

Salud
Positiva



Wilder Frias
C.C. 1048222602
Aux. Enfermería
FUNDECOR

14/02/2022

JANSEN

201621A

H-mg-y



DINA L. JIMENEZ
Aux. ENFERMERIA
C.C. 53.891.842

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
SALUD



Fecha: 20/May/2024, Hora: 01:19:53 p.m.

Apellido: GARZON SANCHEZ

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Direccion: CARRERA 16 D #36-78

Telefono: Celular: 3152287636 Email: Estado Civil: Union Libre

Ciudad: Soacha- cundinamarca

Responsable: - Parentesco: - Telefono:

Nombre: CAROLINA

Nro Identidad: 1075245201

HC: # 68406

Edad: 33 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 19/Jun/1990

Rh: A+

Exámenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular

Concepto

APTO CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

HIGIENE POSTURAL

VALORACIÓN NUTRICIONAL

PAUSAS ACTIVAS

Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.

*SE SUGIERE PROTECCIÓN DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA.

**REALIZAR ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS) SE RECOMIENDA VALORACION POR NUTRICION Y DIETICA POR EPS.

*USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO/MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador, cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo. la autenticidad del contenido de este certificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR, el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido. VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO.


LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

CAROLINA GARZON SANCHEZ
CC 1075245201

firm
Digit

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com



EXAMEN DE VISIOMETRIA (EMPRESAS)

DATOS PERSONALES

Atención N°: 2,175

Fecha: 15/07/2026 Municipio: SOACHA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) CC: 1075245201 Nombre: GARZON SANCHEZ CAROLINA Edad: 36 AÑOS 0
 Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA Empresa: PARTICULAR
 Eps: SANITAS Tipo Evaluación Medica: EXAMENES PARACLINICOS F. Último Examen: 6 MESES
 Lugar del Último Examen: SOACHA Motivo Consulta: EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO
 Dirección: CARRERA 16D 36 78 Teléfono: 3152287636 Tipo de Vinculación: Particular

DATOS DEL ACUDIENTE

Nombre del Acompañante: ROBINSON VALENCIA Parentesco: ESPOSO Telefono Acompañante: 3173173631
 Nombre del Responsable: NO APLICA Parentesco: NO REPORTA Telefono Responsable: NO REPORTA

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	MEDIO AMBIENTE
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

MALA VISION LEJANA OD

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/400	20/70	20/25	NO APLICA		N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/30	20/70	20/25	NO APLICA		N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/30	20/70	20/25	NO APLICA		N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL
H521	MIOPIA	AMBOS	Enfermedad general	RELACIONADO 1

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
 USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
 REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

USO DE GAFAS PERMANENTES CON FILTRO UV Y FILTRO AR
 CONTROLES ANUALES

OPTOMETRA

Firma: 
 Nombre: CC: 1032408875 - MONICA ALEXANDRA SANCHEZ
 R. M.: CC 1032408875 / CTNP L.S.O.:



Código de Seguridad
E1094K3Q2175

PACIENTE

Firma: 
 Nombre: GARZON SANCHEZ CAROLINA
 CC: 1075245201



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el
Instituto Bolivariano "ESDISEÑOS"

Programa de educación formal de adultos

Autorizado por la secretaria de educación y cultura del municipio de Soacha
(Cundinamarca) según resolución No 015 del 30 de abril de 2004

Confiere a:

Garzon Sanchez Carolina
Identificado (a) con C.C 1075245201 De Neiva

El Título de :

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
educación media académica, y cumplido los requisitos establecidos en el proyecto educativo
institucional, según los planes y programas vigentes establecidos por la ley.



Diana Leal
Diana Leal Del Río
C.C. 52781366 de Bogotá
Rectora

Tania Lorena Vargas Ceballos
Tania Lorena Vargas Ceballos
C.C. 1026580935 Bogotá
Secretaria

Anotado en el folio No 110 del libro de registro No 009
Dado en Soacha Cundinamarca a los 6 días del mes de Diciembre de 2021

No se requiere registro, según decreto No 921 del 6 de mayo de 1994
y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la presidencia de la república"



INSTITUTO
BOLIVARIANO

República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

Municipio de Soacha

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUTO BOLIVARIANO "ESDISEÑOS"

PROGRAMA DE EDUCACIÓN FORMAL DE ADULTOS

En Soacha, Cundinamarca a los 06 días del mes de diciembre de 2021, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rectora y secretaria del Instituto Bolivariano ESDISEÑOS del municipio de Soacha. Establecimiento educativo autorizado por la Secretaria de Educación y Cultura del municipio de Soacha, Departamento de Cundinamarca, según resolución No 015 del 30 de abril de 2004, autorizado para otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO y expedir el diploma correspondiente.

ACTA GENERAL DE GRADUACIÓN No. 013

En atención a que:

Garzon Sanchez Carolina

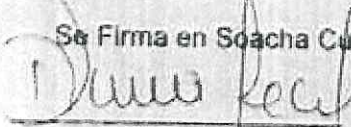
Identificado (a) con C.C. No 1075245201 de Nerva

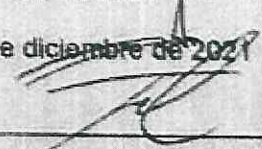
Cursó y aprobó los estudios correspondientes al nivel de educación media académica y cumplió con los requisitos establecidos por el PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL, se otorga el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

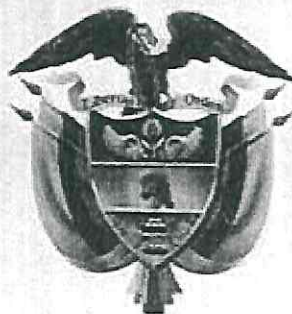
Registrado para efectos legales de conformidad con la ley 115, en su artículo 151, Decreto 3011 de 1997, el Decreto 180 de 1997 y la ley 715 de 2001 en el libro de Actas Generales No 009, folio 110 numeral 166 el mes de diciembre de 2021.

Se Firma en Soacha Cundinamarca a los seis (06) días del mes de diciembre de 2021


Diana Patricia Leal Del Rio
Rectora


Tania Lorena Vargas Ceballos
Secretaria Académica.

La República



de Colombia



La República de Colombia
y en su nombre

Fundación San Mateo

Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Soacha - Cundinamarca

Aprobación Oficial Autorizada Mediante Resolución No. 006253 de Diciembre 9 de 2002 Expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca. Modificación de Licencia de Funcionamiento y como Institución para el Trabajo y Desarrollo Humano Resolución No. 513 de Junio 3 de 2009, 2074 de 21 de Septiembre de 2010 Expedida por la Secretaría de Educación de Soacha. Renovación del Programa Resolución No. 1313 de Junio 3 de 2016 Expedida por la Secretaría de Educación de Soacha. Acuerdo No. 00071 del Ministerio de Salud y Protección Social de Mayo 17 de 2019 y Actualización del Programa Resolución No. 1066 de Junio 1 de 2022 Expedida por la Secretaría de Educación de Soacha. SILET N° 513 0

Comprobado el Cumplimiento de los Requisitos Legales y Académicos Pertinentes,
así como la Culminación Satisfactoria de los Estudios Curriculares con
una intensidad de mil ochocientas (1.800) horas se confiere el:

Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias
Técnico Laboral en

Auxiliar de Enfermería

A:

GARZON SANCHEZ CAROLINA

C.C 1,075,245,201 de Neiva (Huila)

Dado en Soacha, Cundinamarca, a los diecisiete (17) días del mes de Diciembre del año 2022
anotado en el Folio 6 del libro No 04 del Registro de Graduaciones de la
Fundación San Mateo.


Luz Adriana Patiño C.
Directora General


Katerin Puentes P.
Secretaría Académica


Juan Manuel Anchieta P.
Director Académico

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 2944



FUNDACIÓN SAN MATEO Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

En Soacha, Cundinamarca, a los Doce (12) días del mes de Diciembre del año 2022, se reunieron en las instalaciones de la institución, la Dirección General, Académica y la Secretaría Académica con el fin de formalizar la certificación de los estudiantes de último ciclo de la **FUNDACIÓN SAN MATEO**, persona jurídica identificada con Nit. 832.008.253-1, con aprobación oficial autorizada mediante Resolución No. 006253 de Diciembre 09 de 2002 expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, modificación de licencia de funcionamiento y como Institución para el Trabajo y el Desarrollo Humano Resolución No. 513 de Junio 5 de 2009, 2074 de 21 de Septiembre de 2010 expedida por la Secretaría de Educación de Soacha. Renovación del Programa Resolución No. 1313 de Junio 3 de 2016. Expedida por la Secretaría de Educación de Soacha, Acuerdo No. 00071 de Ministerio de Salud y Protección Social de Mayo 17 de 2019 y Actualización del Programa Resolución No. 1066 de Junio 1 de 2022 Expedida por la Secretaría de Educación de Soacha, SIET N° 513-0. Comprobando el Cumplimiento de los Requisitos legales y académicos pertinentes, así como la culminación satisfactoria de los estudios curriculares, con una intensidad de mil ochocientas (1.800) horas se confiere el:

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA

A:

GARZON SANCHEZ CAROLINA

C.C. 1,075,245,201 de Neiva (Huila)

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los Diecisiete (17) días del mes de Diciembre del año 2022, anotado en el folio N° 6, del libro N° 04, del Registro de Certificaciones de la **FUNDACIÓN SAN MATEO**.


LUZ ADRIANA PATIÑO C.
DIRECTORA GENERAL


KATERIN FUENTES P.
SECRETARÍA ACADÉMICA


JUAN MANUEL SANCHEZ P.
DIRECTOR ACADÉMICO

RESOLUCIÓN No. 25- 05057 De 2022

30 DE DICIEMBRE DE 2022

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

LA SECRETARÍA DE SALUD

En uso de sus facultades legales y reglamentarias en especial las conferidas por el Decreto 1352 del 2000, por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, emanado del Ministerio de Salud y Protección Social, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que GARZON SANCHEZ CAROLINA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.075.245.201 expedida en NEIVA, HUILA, solicitó ante esta Secretaría de Salud de Cundinamarca, la autorización para el ejercicio de la profesión denominada: APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA; diploma otorgado por la FUNDACIÓN SAN MATEO EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO EN SOACHA, CUNDINAMARCA, según ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 2944 del 17 de diciembre de 2022.

Que dicho certificado de aptitud ocupacional no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2º de la Resolución 08211 de 1989.

Que, estudiada la documentación presentada por la solicitante, esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que, en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a GARZON SANCHEZ CAROLINA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.075.245.201 expedida en NEIVA, HUILA, para ejercer la profesión denominada: APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, con efectos en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Con la presente Resolución, la profesional quedará inscrita en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ARTÍCULO TERCERO: Notificar personalmente la presente Resolución, conforme a lo dispuesto en el artículo 87 y siguientes del CPACA, advirtiéndole que contra la misma proceda el recurso de reposición, el cual podrá interponer dentro de los diez (10) siguientes a su notificación, acorde con el artículo 76 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., el 30 de diciembre de 2022.


LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA
Secretario de Salud

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1075245201

Primer Nombre

CAROLINA

Primer Apellido

GARZON

Confirme los números de la Imagen *

2 1 8 1



Cambiar

2592

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-06-23—10:01:51 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación	
CC	1075245201	CAROLINA		GARZON	SANCHEZ	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) CAROLINA GARZON SANCHEZ identificado(a) con CC 1075245201 registra La siguiente información:

2026-06-23—10:01:51 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Ejercicio Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2022-12-30	5057	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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).





- Para seguir adelante -

**La Suscrita Coordinadora de Talento Humano del GRUPO EMPRESARIAL
JARBSALUD IPS SAS**

C E R T I F I C A:

Que la señora **CAROLINA GARZON SANCHEZ** identificada con C.C No. 1.075.245.201, presto sus servicios para esta Empresa desde el 16 de febrero del 2023 hasta el 11 de marzo del 2024 como **AUXILIAR DE ATENCION AL USUARIO**, mediante Contrato Por Prestación de Servicios.

Se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado a los (12) días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

JARBSALUD IPS

NIT. 900829069-1

Talento Humano

JUDY PAOLA MENDOZA FRANCO
Coordinadora de Talento Humano.



EL ASESOR JURIDICO DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA, se encontró CAROLINA GARZON SANCHEZ quien se identifica con Cedula de Ciudadanía No 1075245201 ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2024-2025 los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

CONTRATO No.	No 730-2024
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 0903 DE 2024 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MMIL PESOS M/CTE (\$9.600.000)
FECHA DE INICIO:	18 DE JUNIO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE JULIO DE 2024
ESTADO:	EJECUTADO

CONTRATO No.	No 1632-2024-2025
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 1862 DE 2024 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	CATORCE MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$14.900.000)
FECHA DE INICIO:	09 DE SEPTIEMBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE ENERO DE 2025
ESTADO:	EJECUTADO

CONTRATO No.	No 0388-2025
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS P.I.C. CONFORME AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 1649 DE 2025



E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	DIESEISEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL DE PESOS MCTE (\$16.800.000)
FECHA DE INICIO:	12 DE ABRIL DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE OCTUBRE DE 2025
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los Doce (12) días del mes de Mayo de 2025

JESÚS EDUARDO ALFONSO GONZÁLEZ
ASESOR JURÍDICO

Elaboró: Luz Magnolia Sabogal Escobar- Auxiliar Administrativo



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**SOACHA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quien interese**

23/06/2026

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora CAROLINA GARZON SANCHEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1075245201**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550488437378190**

Fecha de apertura **15/02/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

