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

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 Procuraduria. *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 visiometría*Vigencia de 3 años	✓			
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado	✓			
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional				
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca	✓			
37	RETHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)	✓			
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES VIGENCIA NO MAYOR A 2 AÑOS				
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	✓			
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	✓			
41	Manejo del duelo (Asistenciales)	✓			
42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	✓			
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla	✓			
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.				
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
54	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				

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

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

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

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

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

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, 24 DE JULIO 2026

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

REFERENCIA: **PROPUESTAS DE SERVICIOS**

Nombre: **THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA**
Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

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

Cordialmente,

Thalia Colorado A.
THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA
CC: 1.073.708.969
Dirección: CALLE 19 B 9 A 19
Email: thaliacolorado05@gmail.com
Teléfono/ Celular: 314 242 62 18

Thalia Geraldin Colorado Aldana



Thaliacolorado05@gmail.com
Calle 19 b 9 a 19
Celular:3142426218

INFORMACION PERSONAL

Nombres:	Thalia Geraldin
Apellidos:	colorado Aldana
RH:	0+
Cedula de Ciudadanía:	1.073.708.969 Soacha
Fecha de nacimiento:	05 de noviembre de 1996
Lugar de nacimiento:	Soacha (Cundinamarca)
Edad:	29 años
Estado Civil:	union libre

PERFIL

Tecnica en auxiliar de enfermeria por competencias,con conocimientos certificados en PAI,soporte vital b asico,toma de muetras,atencion integral en la salud de las victimas de violencia sexual.Con desempeño

en funciones de monitoreo en pacientes, toma de signos vitales, , procedimiento de baja complejidad a sistencia en cambios de posturas y alimentacion,elaboracion de notas de enfermeria ,comprometida con el bienestar del paciente ,con habilidades en vacunación,visitas domiciliarias y educación en salud capaci dad para trabajar en equipo empatía con la comunidad enfocada en brindar una atención humanizada y de calidad.

FORMACION ACADEMICA

2008 Básica Primaria
General Santander
Soacha (Cundinamarca)

2011 Bachiller Académico
Institución Educativa general santander
Soacha(Cundinamarca)

Técnico en auxiliar de enfermeria
Instituto:Fundacion San mateo.

TRAYECTORIA LABORAL

HOSPITAL CARDIO VASCULAR DEL NIÑO DE CINDINAMARCA

CARGO: Auxiliar de enfermeria domiciliaria.
FUNCIONES Y LOGROS:ejecutar actividades asistecilaes a domicilio, supervicion y cuidado especial, cambio de posicion, alimentacion,mivilizacion,administracion de medicamentos,insentivar a realizar ejecicios evitando el sedentarismo y elavoracion de notas de enfermeria.
TIEMPO LABORADO:abrli 2018 hasta noviembre 2018.
JEFE INMEDIATO: Yeimy Rodriguez.
TELEFONO:3014417002
ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOSA

CARGO:auxiliar de enfermería salud publica área pic, ebs.

FUNCIONES: apoyo en brigadas de salud rurales ovisitas domiciliarias, toma de signos vitales y control de crecimiento y desrrollo ,educación en salud ,apoyo en campañas de vacunación y ta mizaje.

TIEMPO LABORADO: 15 de julio 2022 diciembre 2024

JEFE INMEDIATO:jeimy Vargas

TELEFONO:3214325443

REFERENCIAS PERSONALES

Marly Contreras
Auxiliar en enfermeria
Cel.:3202216701

Jenny Salazar
Auxiliar en enfermeria.
Tel:3229170328

REFERENCIAS FAMILIARES

Edisson Aldana.
Empresario
Cel.:3212728651

Mireya Aldana.
Hogar
Tel:3166614235

Thalia Geraldin Colorado Aldana
C.C.No.1.073.708.969 de soacha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.708.969
COLORADO ALDANA

APELLIDOS
THALIA GERALDINE

NOMBRES

THALIA COLORADO A.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-1996

SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

10-FEB-2015 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1524700-00712861-F-1073708969-20100604 0044440011A 1 43381103

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299936734

PIB
16:18:39

Bogotá DC, 23 de julio 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) THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073708969:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 23/07/2026 04:33:11 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1073708969** y Nombre: **THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA.**

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. **144418961** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1073708969 **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 24/07/2026 01:35 PM

Código Verificación: **KNLY7F26US**

Válida hasta: **22/10/2026**

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 13:32:30 horas del 24/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1073708969,** Apellidos y Nombres **COLORADO ALDANA THALIA GERALDINE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL MARIO GAITAN 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

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (GTIC)

Escritorio ↔ Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

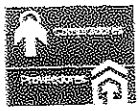
Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	Thalia Geraldin Colorado Aldana
Nombre abreviado	Thalia Geraldin Colorado Aldana
Fecha de creación	8/11/2022 *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1073708969
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Cundinamarca
Municipio	Soacha

Información de contacto

Dirección	calle 10 11 a 15 e
Código postal	250053
Teléfono de oficina	3142426218
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	thaliacolorado05@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	thaliacolorado05@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	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	thalia geraldin coloradoaldana
Cargo	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141263211645

(415)7707212489984(8020) 000014126321164 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1073708969 | 6. DV 8

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico 3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 1073708969

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Cundinamarca 2 5

30. Ciudad/Municipio: Soacha 7 5 4

31. Primer apellido: COLORADO

32. Segundo apellido: ALDANA

33. Primer nombre: THALIA

34. Otros nombres: GERALDINE

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: OLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Cundinamarca 2 5

40. Ciudad/Municipio: Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CL 19 B 9 A 19 BRR FERIAS

42. Correo electrónico: thaliacolorado05@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 1 4 2 4 2 6 2 1 8

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 7 0 6 2 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

59. Anexos SI [ ] NO [X]

Para uso exclusivo de la DIAN

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2026-07-23 / 04:59:12PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: COLORADO ALDANA THALIA GERALDINE

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 23-07-2026 04:59:22PM

Documento de consulta sin validez legal

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:	2026-07-24	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcados 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	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	N/A

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
COLORADO	ALDANA	THALIA	GERALDINE

TIPO DE IDENTIFICACION					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA-MM-DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP		1073708969	SOACHA/CUNDINAMARCA	2015-02-10
PASAPORTE		OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1996-11-05	SOACHA/CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)		2	2	3142426218

MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:	PROFESION / OFICIO
					X			AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 19 B 9 A 19	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3142426218

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
[redacted]	N/A	PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A	N/A	N/A	N/A

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI		IVA	SI	NO X	8699	
	NO X		ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:
GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO X	AGENTE RETENEDOR		SI	AGENTE AUTORETENEDOR	SI
					NO X		NO X
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA				
SI NO X		NO X	Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha				

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA												# NIT	
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	FINANCIERA	TRANSPORTE	GOBIERNO	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	SERVICIOS	MEDICAMENTOS	SALUD X		900656850-5	
OTRA	CUAL:												

REGION DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MENICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 NO. 10-48	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA		**FECHA VINCULACION**	2026-07-24

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 1.500.000	GASTOS FAMILIARES	$ 1.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	$ 3.000.000	OTROS PASIVOS*	$ 1.300.000
TOTAL INGRESOS	$ 2.000.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 3.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 1.300.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS SERVICIOS U OTROS		MUEBLES		DEUDAS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SALAZAR	N/A	YENNI	N/A
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 25 B A 22	SOACHA	AMIGA	3229170328

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	AHORRO	075671313	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 EXTRAJERA REALIZADAS: CUAL: N/A

IMPORTACI ☐ EXPORTACIO ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

REGION DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Versien	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 ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segùn sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 899006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para 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) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ello 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 vinculados a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o 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 1 de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entregues o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona 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 VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Titular Colocara a

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]	Si [ ] No [ ]	A. Cotizante [ ] C. Beneficiario [ ] B. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	59

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico: Femenino [X] Masculino [ ]	12. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio / 15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI [ ] No [ ]	Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN: SI [ ] No [ ]	20. Clasificación SISBÉN: Nivel [ ] Grupo [ ]	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Dirección / Departamento
Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona: Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]	31. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio / 34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres				
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS): Escriba el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud a la que se encuentra afiliado el cotizante o cabeza de familia. Este debe ser igual al nombre del prestador que se encuentra en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

- En la tipo identificación use la clave S, (salud) recomendada por el ministerio de salud.
- En el campo número de identificación escriba el nit de la IPS, este para el segundo semestre de 2014 debe ser el número del nit de la IPS en el campo.

54. Código de la IPS: La EPS debe registrar el código de la IPS que se encuentra en el REPS.

Para la segunda parte del formulario, las EPS deben diligenciar el bloque de IPS que se encuentra en el anexo técnico.

CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

Estos datos aplican a:

- El empleador cuando el afiliado que hace el traslado es un trabajador dependiente y se encuentra en el proceso de la novedad de ingreso.
- Las entidades territoriales, para realizar la afiliación colectiva de indocumentados, migrantes y/o menores de edad sin documentación, menores abandonados o en protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), personas en condición de desplazamiento, personas privadas de la libertad, personas en protección especial, personas en situación de calle y personas en el proceso de reconocimiento de la nacionalidad colombiana.
- Las entidades responsables del pago de los tipos de cotizante a los cuales se les asigna la novedad de ingreso "0" Tipo de Novedad".

55. Nombre o Razón Social: Escribir el nombre o razón social del aportante o pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva dependiendo el caso.

56. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como aportante o pagador de pensiones o para realizar la afiliación colectiva, teniendo en cuenta que:

- NIT (Número de Identificación Tributaria), aplica solo para personas jurídicas.
- CC (cedula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), CE (cedula de extranjería), CD (carné diplomático) o PT (Permiso por Protección Temporal) aplica solo para personas naturales.

57. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identidad del aportante o pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva dependiendo el caso.

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Este dato debe ser suministrado por la EPS para la cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes o pagadores de pensiones establecida por la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA.

59. Ubicación: - Dirección - Teléfono (fijo o celular) - Código municipio - Departamento - Municipio (código)

En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir como departamento: Bogotá D. C.

8. REPORTE DE NOVEDADES Bloque de novedades del anexo, reúne la información correspondiente con la afiliación. La novedad es la identificación de los datos reportados en la afiliación o de la corrección de la misma.

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los empleados y cabezas de familia. Los beneficiarios no necesariamente pueden reportar las novedades de afiliaciones o condiciones para cotizar o el fallecimiento del cotizante o cabeza de familia, establecido en el campo 60 "Tipo de novedad".

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados ningún cambio que no hayan sido reportados por las cotizantes, cabezas de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario único de afiliación y Reporte de Novedades.

60. Tipo de novedad: Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar según la siguiente tabla:

NUM	NOMBRE	NUM	
1	Modificación de datos básicos de identificación	12	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
2	Corrección de datos básicos de identificación	13	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
3	Actualización del documento de identificación	14	Movilidad
4	Actualización y corrección de datos complementarios	15	Traslado
5	Terminación de la inscripción en la EPS	16	Reporte de fallecimiento del cotizante o (cabeza de familia)
6	Reporte de pago a través de un tercero	17	Reporte del trámite de protección al cesante
7	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	18	Reporte de la calidad de pre pensionado
8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	19	Reporte de la calidad de pensionado
9	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	20	Ingreso a Contribución Solidaria
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	21	Retiro de Contribución Solidaria
11	Inscripción EPS retorna al país		

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución autorizada, mediante uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe acreditar el documento de identidad en el que constan tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el Capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional según el caso se esté reportando la novedad después de la modificación.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 62 del Capítulo X el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos corregidos y actualizados.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional aparecen mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se debe presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante, el cabeza de familia, beneficiario o el afiliado adicional debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos erróneos, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el Capítulo II y los datos de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos erróneos y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar la información de los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional según el caso se esté reportando la novedad, los datos de los numerales.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 62 del Capítulo X el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y actualizados.

Novedad 3: Actualización del documento de identificación Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualice el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la T. I. o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, tengan nuevas establecidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores o Migración Colombia. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar los datos del cotizante o cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional en el Capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar la información de los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 62 del Capítulo X el tipo de documento de identidad que se anexa y para copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se encuentran o modifican.

Para reportar esta novedad el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del Capítulo III, es los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 27 al 54 del Capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS Esta novedad se reporta cuando el afiliado cumple alguna de las condiciones que se relacionan en la tabla siguiente:

Cód.	CONDICIÓN
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y durante los cuatro meses para seguir cotizando en el (01) mes siguiente, de no cotizar en este periodo, el trabajador independiente debe cancelar el valor total de la mora a la EPS, el cotizante cesante para acceder a la cobertura del régimen subsidiado o el cotizante independiente no reúne los requisitos para seguir cotizando en el régimen contributivo, beneficiarios o cotizantes fallecidos, privados de la libertad, que cumplan más de 24 meses en la EPS, se cumplan los cotizantes o cabeza de familia.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior
03	El cotizante [illegible]

Para reportar esta novedad el cotizante de las novedades 01 02 y 03 debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla el código de la tabla anterior que corresponda, si la novedad no se encuentra en la tabla reportar a la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina el vínculo con la EPS, en el numeral 65 del Capítulo VII.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Si se trata de los cotizantes 01 y 03 deberá se reportado la novedad 10. "Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" en la cual se registra la fecha de terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. Los datos del Capítulo VI y este reportado por el empleador.

Novedad 6: Reporte de pago a través de un tercero Esta novedad se reporta cuando un tercero asume responsable reporta que el pago de los aportes al SGSSS lo hace un tercero. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II
- Diligenciar el Capítulo V con corresponde a los datos de identificación de la entidad que asume los aportes al SGSSS, dependiendo del tipo de cotizante corresponde a registrar los siguientes:

Código tipo de cotizante	Nombre tipo de cotizante	Código tipo de cotizante	Nombre tipo de cotizante
34	Cotizante servicio doméstico Administradora del Régimen Subsidiado del Fondo de Solidaridad y Garantía	53	Sin información
35	Cotizante madre comunitaria	60	Cotizante Administradora del Fondo de Solidaridad y Garantía
36	Cotizante de Rama Administrativa de los Poderes Públicos del Fondo de Solidaridad y Garantía	63	Beneficiario de Prestación Económica
41	Cotizante trabajador con vínculo		

- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 27 al 54 del Capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional según sea el caso.
- Registrar en el numeral 55 del Capítulo VI, el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado actualmente el beneficiario o afiliado adicional según sea el caso.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VIII en el caso de ser necesario.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia o beneficiario mayor de edad solicita excluir a uno o varios beneficiarios o afiliados adicionales, debido a la pérdida de la calidad de beneficiario o afiliado adicional, por el fallecimiento del beneficiario o afiliado adicional, por el cumplimiento de la edad límite para ser beneficiario o afiliado adicional, por el cumplimiento de la edad límite para ser beneficiario o afiliado adicional de hijastros, hijos de crianza o hermanos huérfanos de padre y madre, por la pérdida de la calidad de beneficiario o afiliado adicional por cualquier otra causa. Para esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo III
- Registrar en los numerales 27 al 54 del Capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se van a excluir.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia del documento de identidad correspondiente, copia de escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio o unión marital, copia del registro civil de nacimiento o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acta administrativa de custodia, según corresponda el tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia debera marcar la novedad 14. "Movilidad" del campo 60 "tipo de Novedad". También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional pasa a ser cotizante independiente o dependiente, como se describe a continuación:

Si se trata de un beneficiario es diligenciado solamente el bloque de datos básicos de identificación del cotizante y en la novedad 14 "Movilidad" del campo 60 "tipo de Novedad" se le indica que pasa a ser beneficiario afiliado adicional en la siguiente EPS. Este beneficiario debe presentar la novedad 15. "Traslado" del campo 60 "Tipo de Novedad" en la siguiente EPS.

Si se trata de un afiliado adicional se diligencia solamente el bloque de datos básicos de identificación del cotizante y en la novedad 14 "Movilidad" del campo 60 "tipo de Novedad" se le indica que pasa a ser cotizante independiente o dependiente, como se describe a continuación:

Si se trata de un cotizante dependiente se diligencia el bloque de datos básicos de identificación del cotizante y en la novedad 14 "Movilidad" del campo 60 "tipo de Novedad" se le indica que pasa a ser cotizante dependiente. Este cotizante debe presentar la novedad 15. "Traslado" del campo 60 "Tipo de Novedad" en la siguiente EPS.

Si se trata de un cotizante independiente se diligencia el bloque de datos básicos de identificación del cotizante y en la novedad 14 "Movilidad" del campo 60 "tipo de Novedad" se le indica que pasa a ser cotizante independiente. Este cotizante debe presentar la novedad 15. "Traslado" del campo 60 "Tipo de Novedad" en la siguiente EPS.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VII. Fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X, en el Capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que corresponden.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas del numeral 89
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la inclusión de beneficiarios o afiliado adicional, copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de nacimiento o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acta administrativa de custodia, según corresponda el tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que antes era cotizante o adquiere condiciones para cotizar además de diligenciar lo anterior debera:

- Diligenciar los numerales 61 al 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del cual hacía parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar cotizando. Para esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 65 del Capítulo VII. La fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 11: Inscripción EPS retorna al país Esta novedad aplica cuando el cotizante o cabeza de familia retorna al país.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 60 "Tipo de Novedad"
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VII. Fecha en la cual retorna esta novedad a la EPS
- Marcar con una X, en el Capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que corresponden.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas del numeral 89
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la inclusión de beneficiarios o afiliado adicional, copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de nacimiento o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acta administrativa de custodia, según corresponda el tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que antes era cotizante o adquiere condiciones para cotizar además de diligenciar lo anterior debera:

- Diligenciar los numerales 61 al 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del cual hacía parte.

Novedad 12: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una cooperativa o pre cooperativa solicitan la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, numerales 89 y 91.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.

Novedad 13: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una cooperativa o pre cooperativa solicitan su desvinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, numerales 89 y 91.

Novedad 14: Movilidad Esta novedad se reporta

A. El beneficiario afiliado cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado ahora cuenta con un trabajo laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe desvincularse de la misma EPS en el Régimen Contributivo.

B. El beneficiario afiliado cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando además alguno de sus beneficiarios pierde también. Y el cotizante requiere ser vinculado al Régimen Subsidiado en la misma EPS.

Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según el proceso que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo V del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trate de la movilidad de Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VII. Fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trate de la movilidad de Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VII. La fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trate de la movilidad de Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VIII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en los numerales 89 y 91 según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la inclusión de beneficiarios o afiliado adicional, copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de nacimiento o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acta administrativa de custodia, según corresponda el tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Novedad 15: Traslado Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente, independiente o pensionado o un beneficiario afiliado adicional solicita su traslado de una EPS a otra. Para esto debe:

- Que el cotizante o beneficiario afiliado adicional haya permanecido mínimo tres meses en la EPS de donde solicita el traslado. Este requisito no aplica para los casos de traslados por:
  - Que el cotizante o beneficiario afiliado adicional se encuentre en estado de gestación.
  - Que el cotizante o beneficiario afiliado adicional presente una enfermedad catastrófica o ruinosa.
  - Que el cotizante o beneficiario afiliado adicional presente una discapacidad física, mental, intelectual o sensorial.
  - Que el cotizante o beneficiario afiliado adicional haya sido víctima de violencia intrafamiliar, violencia sexual, actos terroristas, amenazas, secuestro o desplazamiento forzado

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.708.969**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 23 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
COLORADO	ALDANA	THALIA GERALDINE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1073708969	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 05 MES 11 AÑO 1996	CALLE 10 11A 15 ESTE calle 10 11a 15 este			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	SOACHA		
MUNICIPIO	SOACHA	TELÉFONO	3142426218	EMAIL	thaliacolorado05@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	11	AÑO	2013

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Fundacion San Mateo	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1800	X		Auxiliar De Enfermeria	06	2017

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ASOCIACION AJUDISP	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO	10	2022
ASOCIACION AJUDISP	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		VACUNACION PAI	10	2022
ASOCIACION AJUDISP	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	10	2022

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD 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	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	09	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CARRERA 2 12 36					

Función Pública | sigep II

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Thalia Geraldine Colorado Aldana

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1073708969 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CALLE 10 - 11A 15 ESTE calle 10 11a 15 este TELÉFONO: 3142426218

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
THIAGO STIVEN HERNANDEZ COLORADO	1074827275	HIJO(A)
AHILANY CELESTE HERNANDEZ COLORADO	1074835656	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN 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
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$0

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 DE BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	075671313	SOACHA	50.000

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 actualidad **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

THAÍA CORDERO.	27-07-26
FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 24 JULIO 2026

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA identificado(a) con cedula No. 1.073.708.969 de SOACHA, 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,

THALIA COLORADO A.

C.C. 1.073.708.969 DE SOACHA

REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	31/10/2023

Soacha, 24 JULIO 2026

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

Yo THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA identificado (a) con Cedula de ciudadanía No 1.073.708.969 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. **SEPTIMO:** 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,

THALIA GERALDINE COLORADO A.
C.C. No. 1.073.708.969 DE SOACHA

REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	12/03/2024

ARL AURORA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido:	THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA
N.° Documento:	1.073.708.969
Fecha de Nacimiento:	05/11/1996
Dirección:	CALLE 19 B 9 A 19
Teléfono. Fijo – Celular:	3142426218
E-mail:	thaliacolorado05@gmail.com
EPS:	COMPENSAR
AFP:	PORVENIR
Firma Contratista:	THALIA COLORADO A.

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

AXA COLPATRIA

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:	1073708969
Nombre:	THALIA JERALDINE COLORADO ALDANA
Fecha Inicio contrato:	27/07/2026
Fecha Fin contrato:	30/11/2026
Fecha Inicio cobertura:	29/07/2026
Número contrato:	15573
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 14
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	28/07/2026 12:34:33 p. m.

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

Soacha 24 JULIO 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 THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia estabiece "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 Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin 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

Cordialmente;

Firma Thalia Colorado A.

N° Documento 1.073.708.969

Tarjeta Profesional N

Dirección de contacto CALLE 19 B 9A 19

Teléfono 314 2426218

REGIÓN DE SALUD SOACHA	**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PERSONAL DE PLANTA**		
	PROCESO: Jurídica y Talento Humano.	CÓDIGO	JUR_FTO_21
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	23/01/2023

Yo, THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.073.708.969 expedida en SOACHA en mi condición de funcionario de la ESE 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 ESE Región de Salud Soacha y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las funciones legales. **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 servidor público, respecto del acceso, consulta y uso de la informaciónconfidencial que produce y administra la ESE Región de Salud Soacha. **CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del servidor Público. Como empleado de la ESE Región de Salud Soacha, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión de la ejecución de mis funciones y a no divulgar a terceras personas sin autorización del jefe 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 lainformación confidencial. Igualmente, no utilizaré la información confidencial de forma que pudiere causarperjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la ESE Región de Salud Soacha. **ParágrafoPrimero.** Como empleado responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y mesometeré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:**

REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH FTO 56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha, 24 julio 2026

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

Yo THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA con C.C. 1.073.708.969 expedida en SOACHA declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,

Thalia Colorado A.
C.C. 1.073.708.969 DE SOACHA

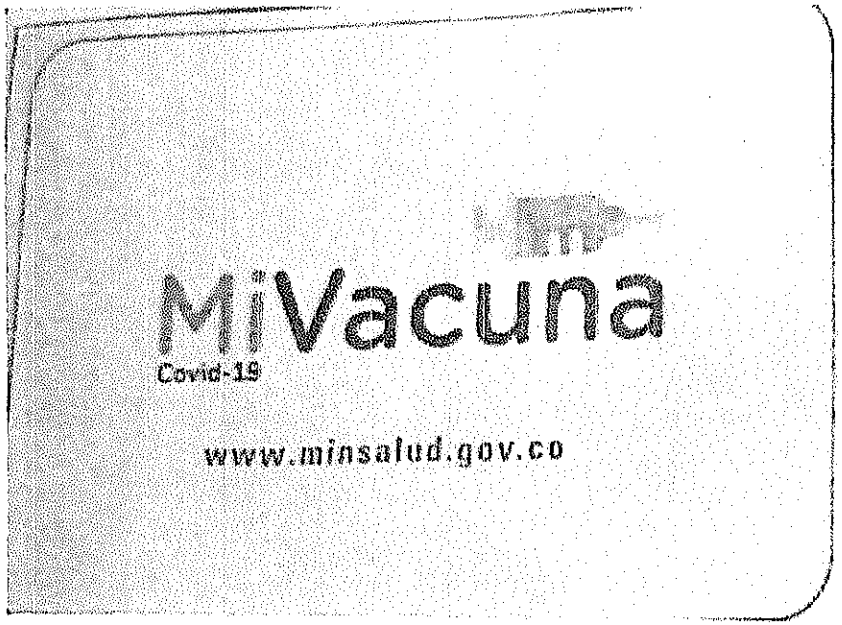
La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

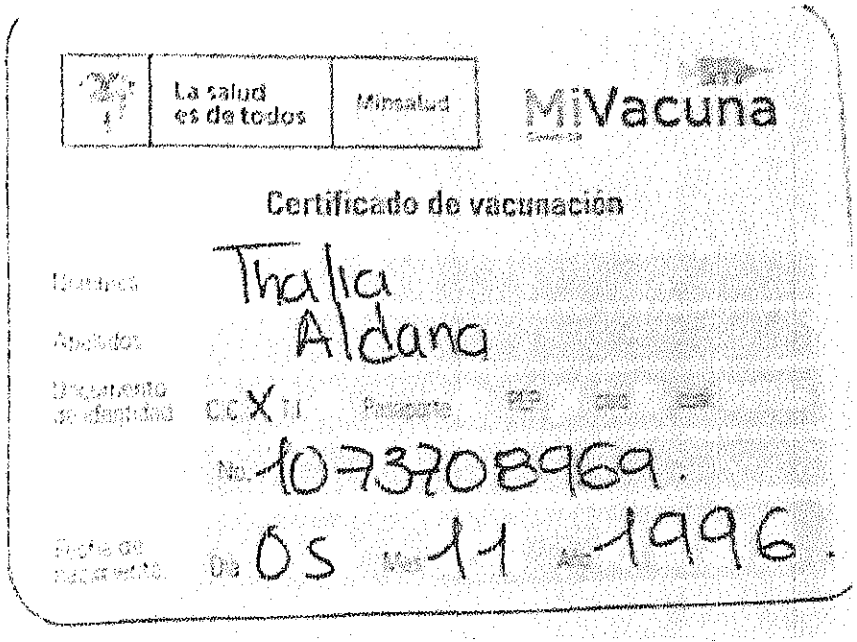
VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	20 FEB 2016	HEPAVAX L.1434021.1 V. 12.05.2018	MINISTERIO DE SALUD CENTRO DE VACUNACION IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
	2	19 MAR 2016	1434021-1	
	3	21 ABR. 2016	HEPAVAX L.1434021.1 V. 12.05.2018	General Medic IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
	R	22 ABR 2017	HEPAVAX L.1434021.1 V. 12.05.2018	
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

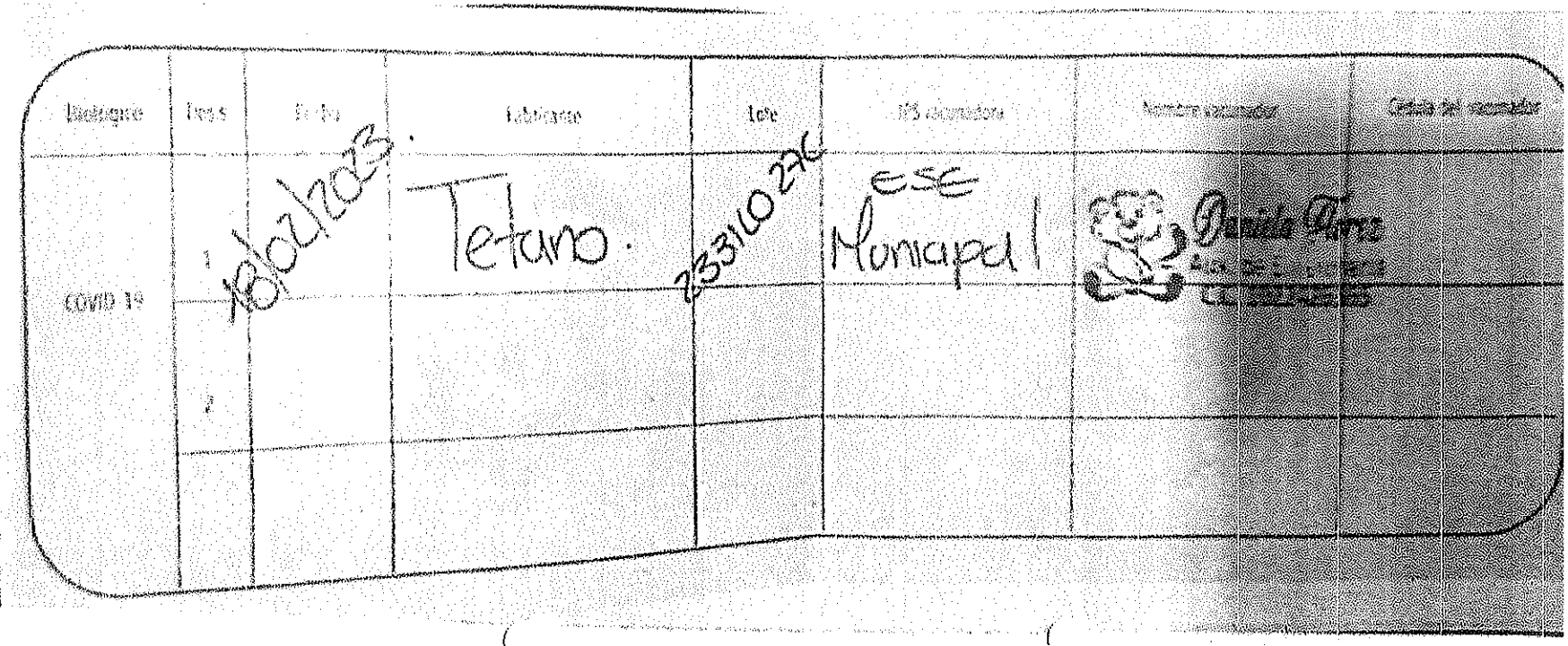
VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO	1	20 FEB 2016	D2277	MINISTERIO DE SALUD CENTRO DE VACUNACION
	2	19 MAR 2016	111083M	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
	3	26/04/16	D2276	
	4			
	5			
NEUMOCOCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID 19	1	02 AGOSTO 2021	SINOVAC	202106050	PROSEGUIR	LUNDY CARVO	1080637873
	2	30/08/21	SINOVAC	202106090	PROSEGUIR	IPURA ROJAS	1000590122
26		AGO 2022	Pfizer	PCA6071			

Powered by CamScanner


MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co


La salud es de todos
Minsalud
MiVacuna
Certificado de vacunación
Thalia
Aldana
CC X TI
No. 1073708969.
Fecha de nacimiento Día 05 Mes 11 Año 1996.


Biológico
Dosis
Fecha
Fabricante
Lote
IPS vacunadora
Nombre vacunador
Cargo del vacunador
COVID 19
1
2
16/01/03.
Tetano.
233102Z
ESE
Municipal

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos

MiVacuna

Certificado de vacunación

	02 AGOSTO 2021	SINOVAC	VACUNADO	PREVENIR	UNIDAD CLINICA	[illegible]
	10 SEPTIEMBRE 2021	SINOVAC	VACUNADO	PREVENIR	UNIDAD MOVIL	[illegible]
26 ENERO 2022	Pfizer	PCH0075				

Dr ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional
EVALUACION OCUPACIONAL RSSC: 2575453266 Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12700 DE 01/11/2017 CARRERA 6 # 13A-15
SOACHA- SAN LUIS TELEFONOS: 8410422 - 3003817785 www.laboratoriogael.com – medicinaocupacional@laboratoriogael.com

Consecutivo: 658



Nombre: THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA

Identificacion: CC 1073708969

Empresa: INDEPENDIENTE

Cargo a desempeñar AUXILIAR DE ENFERMERIA

Edad: 25 años y 6 meses. Fecha nacimiento: 05/11/1996

Examen para: INGRESO **Fecha Valoración:** viernes 12 de junio de 2026

Concepto de aptitud

Concepto de Aptitud:	*APTA(O):Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: AUXILIAR DE ENFERMERIA*
Tipo de cargo:	*OPERATIVO*
Apoyo diagnóstico:	*Agudeza visual.*

RECOMENDACIONES

1. *Pausas activas/utilizar EPP/Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral/Higiene postural.*
2. *Valoración por nutrición de EPS.*
3. *P.V.E Riesgo Biologico*
4. *Cuidados e higiene de la voz.*

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS NI ESPACIOS CONFINADOS

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (art 4). RES 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 2005 CONCEPTO EXPEDIDO AGREGANDO LOS CRITERIOS DEL DECRETO 636 DE 2020 ARTICULOS 3 Y 4, (EMERGENCIA SANITARIA SARAS COV-2) Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017 Este es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación escaneando el QR o a los Teléfonos: 8410422 WhatsApp 3003817785 con N° Consecutivo.

Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional
LIC. S.O. - 006290/96

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Thalia Colorado A.
FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 1073708969



Nombre: THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA **Consecutivo:** 658

Identificacion: 1.073.708.969

AGUDEZA VISUAL OD L 20/20 OI L 20/20 25 años y 6 meses.

C NORMAL NORMAL

VALORACION TABLA DE SNELLEN *FILAS DE 1 AL 14*

*USO PERMANENTE DE TAPABOCAS. * LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON A NECESIDAD O USO DE GEL ANTIBACTERIAL CONSTANTE. *DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y EN LO POSIBLE TELETRABAJO.*SI TIENE MALESTAR GENERAL,FIEBRE,DOLOR DE GARGANTA Y/O MOCO NASAL, INFORME AL PERSONAL DE SALUD OCUPACIONAL Y AUTO AISLAMIENTO PREVENTIVO.

Quien realiza recepción de datos DR. ROLAND ROJAS G.

ACTUALMENTE NO PRESENTA SIGNOS Y/O SINTOMAS CLINICOS DE ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA RESPIRATORIA, QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD. SE RECOMIENDA CUMPLIR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROGRAMAS OCUPACIONALES PARA EL CONTROL DE CONTAGIO SARS COV-2. TOMA Y REGISTRO PERIODICO DE SIGNOS (TEMPERATURA Y SPO2) Y SINTOMAS. AFEBRIL Y SPO2 MAYOR DE 90%. ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE ACUERDO A LO DISPUESTO POR MINSALUD.

Institución Educativa General Santander

Carrera 9 No. 14 - 04 * Telefax: 732 88 21 * e-mail: i.e.santander@hotmail.com

Autorizada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca,
Según Resolución No. 001453 y 001454 de Octubre 10 de 2.000
Decreto de Integración No. 002 de Enero 17 de 2003 emanada de la
Secretaria de Educación de Soacha (Cund.) Nit. 832.008.512-4 DANE: 125754000331

Acta Individual de Grado

En el municipio de Soacha, a los 27 días del mes de Noviembre de 2013, se reunieron, la Rectora, el Coordinador Académico General y la Secretaria Académica de la ***Institución Educativa General Santander,*** *con el fin de analizar la documentación y formalizar la graduación de los estudiantes del Grado Once de Educación Media Académica.*

Comprobado el lleno de los requisitos legales, en las áreas académica, de convivencia, asistencial y la prestación del servicio social obligatorio de cada uno de los alumnos que cumplieron con el plan de estudios, de conformidad con la Ley 115 de 1994, el decreto 1290 de Abril 16 de 2009 y el P.E.I. de la Institución establecido para el nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de ***Bachiller Académico,*** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación:*

COLORADO ALDANA THALIA GERALDINE

T.I. 961105-13493 DE SOACHA

Es fiel copia tomada del Acta Original No. 017, de fecha 27 de Noviembre de 2013, que consta de 304 alumnos, comenzando con el nombre de Agamez Jiménez Tania, con documento de identidad No. 070111-00571 de Bogotá, y cierra con el nombre de Villegas Rubiano Edwin Alejandro con documento de identidad No. 070324-20480 de Bogotá.

Firmada y sellada por la Lic. Clara Ruby Peña Novoa (Rectora) y Rosa Isabel Pedraza Amaya (Secretaria).

Dada en Soacha (Cundinamarca), a los 27 días del mes de Noviembre de 2013.

Clara Ruby Peña Novoa
C.C. No. 20.885.358 de San Bernardo
Rectora

Rosa Isabel Pedraza Amaya
C.C. No. 39.663.240 de Soacha
Secretaria

Powered by CamScanner

Institución Educativa General Santander

Soacha (Cund.)

Autorizada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca,
Según Resolución No. 001453 de Octubre 10 de 2.000
Decreto de Integración No. 002 de Enero 17 de 2003 emanada de la Secretaria de Educación de Soacha (Cund.)
Nit. 832.008.512-4 DANE: 125754000331

Confiere a:

Thalia Geraldine Colorado Aldana

Identificado(a) con C.C. o T.I. No. 961105-13493 Expedida en Soacha

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado las áreas obligatorias y fundamentales contempladas en el Plan de Estudios de la Institución, de conformidad en lo establecido en la Ley 115 de 1994 y su Decreto Reglamentario No. 1290 de Abril 16 de 2009.

Clara Ruby Peña Nova - Rectora
C.C. No. 20'885.358 de San Bernardo

Rosa Isabel Pedraza Amaya - Secretaria
C.C. No. 39.663.240 de Soacha

Dado en Soacha, Cundinamarca a los 27 días del mes de Noviembre de 2.013 anotado al Folio No.: 76 del Libro de registro para el control interno de Diplomas No.: 2 Acta de Grado No.: 017

No se requiere Registro de la Secretaría de Educación según decreto No. 921 del 3 de mayo de 1.994. Expedido por el Ministerio de Educación y 2150 del 3 de Diciembre de 1.995 de la Presidencia de la Republica.

Powered by CamScanner

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 1621

FUNDACIÓN SAN MATEO
Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

En Soacha, Cundinamarca, a los Veintiún (21) días del mes de Junio del año 2017, se reunieron en las instalaciones de la institución, la Dirección General, Académica y Secretaria General 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 Secretaria 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 Secretaria de Educación de Soacha. Actualización del programa Acuerdo No 00067 del Ministerio de Protección Social de Marzo 30 de 2016 y Resolución 1313 de Junio 3 de 2016 Expedida por la Secretaria de Educación de Soacha, SIET 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 (1800) horas y 35 Créditos Académicos se confiere el:

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

A:

COLORADO ALDANA THALIA GERALDINE

C.C. 1.073.708.969 de Soacha (Cundinamarca)

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los veinticuatro (24) días del mes de Junio del año 2017, anotado en el folio N° 29, del libro N° 03, del Registro de Certificaciones de la **FUNDACIÓN SAN MATEO.**

FUNDACION SAN MATEO
LUZ ADRIANA PATIÑO C.
DIRECTORA GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL

GERALDINE GONZÁLEZ R.
SECRETARIA GENERAL
SECRETARIA

FUNDACION SAN MATEO
JOHANNA S. LATORRE M.
DIRECTORA ACADÉMICA
DIRECCIÓN ACADÉMICA

Powered by CamScanner

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 Secretaria de Educación de Cundinamarca. Modificación de Licencia de Funcionamiento y como Institución para el Trabajo y Desarrollo Humano Resolución No. 513 de Junio 5 de 2009, 2074 de 21 de Septiembre de 2010 Expedida por la Secretaria de Educación de Soacha. Actualización del Programa Acuerdo No. 00067 del Ministerio de Protección Social de Marzo 30 de 2016 y Resolución 1313 de Junio 3 de 2016 Expedidas por la Secretaria de Educación de Soacha. SIET 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 (1800) horas se confiere el:

Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias
Técnico Laboral en

Auxiliar de Enfermería

A:

COLORADO ALDANA THALIA GERALDINE

C.C. 1.073.708.969 De Soacha (Cundinamarca)

Dado en Soacha, Cundinamarca, a los veinticuatro (24) días del mes de Junio del año 2017 anotado en el Folio 29 del libro No 03 del Registro de Graduaciones de la Fundación San Mateo.

Luz Adriana Patiño C.
Directora General

Geraldine Gonzalez R.
Secretaria General

Johanna S. Latorre M.
Directora Académica

Powered by CamScanner

RESOLUCIÓN No. 25 - 1343 DE 2017

02 AGO. 2017

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

LA SECRETARIA 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, emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

*Que **COLORADO ALDANA THALIA GERALDINE**, identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. **1073708969**, expedida **SOACHA CUNDINAMARCA**, solicitó ante esta Secretaria de Salud la autorización, para ejercer como **APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**; diploma otorgado por, **LA FUNDACION SAN MATEO EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO EN SOACHA CUNDINAMARCA**, según **ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 1621 DE FECHA 24 DE JUNIO DE 2017***

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

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante, este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

*ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **COLORADO ALDANA THALIA GERALDINE**, identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. **1073708969**, expedida en **SOACHA CUNDINAMARCA** , para ejercer como **APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, y tiene efectos en el Territorio Nacional.*

ARTÍCULO SEGUNDO: Con la presente Resolución quedara inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ARTÍCULO TERCERIO: Notificar la presente resolución conforme a lo dispuesto en el Art. 67 y siguientes del CPACA, advirtiéndole que contra la misma procede el recurso de reposición que se interpondrá dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá D.C, el 02 AGO. 2017

ANA LUCIA RESTREPO ESCOBAR
Secretaria de Salud

Proyectó: Jeimith Flores
Revisó: Diana Rodríguez
V B CAAJ: Alfonso Sánchez

BOGOTA D.C. 11-08-17
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) Thalia Colorado Aldana
CC No. 1073708969
Firma Thalia Colorado A.

1665 31 DE JULIO DE 2017

CUNDINAMARCA
unidos podemos más

Powered by CamScanner

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 * 1073708969

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *

9494

Cambiar

6129

Consultar Recurso en Rethus Limpiar

Resultado General ~2026-07-23--8:39:00 PM

Tipo Identificación	Número Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado	Detalle
CC	1073708969	THALIA	GERALDINE	COLORADO	ALDANA	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) THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA identificado(a) con CC 1073708969 registra la siguiente información:

2026-07-23--8:39:00 PM

Información Académica

Tipo Programa	Clase Programa	Profesión o Ocupación	Fecha Acto Administrativo	Acto Administrativo	Institución Educativa
AUX	**Local**	**TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**	**2017-08-02**	**1343**	**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).

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Thalía Geraldine Colorado Aldana

C.C. 1073708969

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE ATAQUES CON ACIDOS O AGENTES QUÍMICOS

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Bogotá DC a los treinta (31) días del mes de Agosto del Año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

ELIZABETH SANCHEZ CORTES
Enfermera especialista en gerencia en salud

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SI106C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

CERTIFICA:

QUE: THALÍA GERALDINE COLORADO ALDANA

C.C : 1073708969 DE SOACHA CUNDINAMARCA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

INTENSIDAD DE 40 HORAS

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

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

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

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

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 31 DIAS DEL MES DE MARZO DEL 2026 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Thalía Geraldine Colorado Aldana

C.C. 1073708969

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL – CÓDIGO FUCSIA

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Bogotá DC a los treinta (31) días del mes de Agosto del Año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación

Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

ELIZABETH SANCHEZ CORTES
Enfermera especialista en gerencia en salud

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Thalía Geraldine Colorado Aldana

C.C. 1073708969

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

GESTION DEL MANEJO DEL DUELO - GD

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Bogotá DC a los treinta (31) días del mes de Agosto del Año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación

Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

ELIZABETH SANCHEZ CORTES
Enfermera especialista en gerencia en salud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Thalía Geraldine Colorado Aldana

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: julio 27, 2026

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Thalía Geraldine Colorado Aldana

C.C. 1073708969

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

DIAGNOSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Bogotá DC a los treinta (31) días del mes de Agosto del Año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación

Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

ELIZABETH SANCHEZ CORTES
Enfermera especialista en gerencia en salud

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Thalía Geraldine Colorado Aldana

C.C. 1073708969

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FIEBRE AMARILLA

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Bogotá DC a los treinta (31) días del mes de Agosto del Año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

ELIZABETH SANCHEZ CORTES
Enfermera especialista en gerencia en salud

E S E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 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 que THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA quien se identifica con cedula de ciudadania No.1073708969 ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2022, 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. 383-2022
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 2240 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR DEL CONTRATO:	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE. ($4,356,000.00)
PLAZO DE EJECUCION	47 DIAS
FECHA DE INICIO:	15 DE JULIO DE 2022
FECHA DE TERMINACION:	31 DE AGOSTO DE 2022
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha –Cundinamarca, el primer (01) día del mes de noviembre de 2022.

DADELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Cenaida Martinez González – Apoyo Administrativo OPS

Powered by CamScanner

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

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 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 que **THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA** quien se identifica con cedula de ciudadania **No.1073708969** ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2022, 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. 595-2022
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 2240 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE. ($4,356,000.00)
ADICION No. 1:	QUINIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($591,848.00)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($4,947,848.00)
PLAZO INICIAL DE EJECUCION:	60 DIAS
FECHA DE INICIO:	PRIMERO (01) DE SEPTIEMBRE DE 2022
FECHA DE TERMINACION:	TREINTA Y UNO (31) DE OCTUBRE DE 2022
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca el primero (01) día del mes de diciembre de 2022.

DADELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Cenaida Martinez Gonzalez – Apoyo Administrativo OPS
Revisó: Nicolás Andrés Mendoza Chavarro – Abogado Contratista

empresadesalud@esesoacha.gov.co PBX 7293922 Ext. 106 Cel.316 5376570

Powered by CamScanner

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

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 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 que **THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA** quien se identifica con cedula de ciudadanía **No.1073708969** ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2022, 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. 595-2022
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 2240 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR DEL CONTRATO:	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE. ($4,356,000.00)
PLAZO TOTAL DE EJECUCION	60 DIAS
FECHA DE INICIO:	01 DE SEPTIEMBRE DE 2022
FECHA DE TERMINACION:	31 DE OCTUBRE DE 2022
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha –Cundinamarca, el primer (01) día del mes de noviembre de 2022.

DADELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Cenaida Martinez González – Apoyo Administrativo OPS

empresadesalud@esesoacha.gov.co www.esesoacha.gov.co PBX 7293922 Ext. 106 Cel 316 5376570

Powered by CamScanner

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

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 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 que THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA quien se identifica con cedula de ciudadanía No. 1073708969 ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2022, 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. 695-2022
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 2240 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR DEL CONTRATO:	DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE. ($2,178.000.00)
PLAZO TOTAL DE EJECUCION	22 DIAS
FECHA DE INICIO:	08 DE NOVIEMBRE DE 2022
FECHA DE TERMINACION:	30 DE NOVIEMBRE DE 2022
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los seis (06) días del mes de enero de 2023.

DAIBELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Cenaida Martinez González – Apoyo Administrativo Contratista
Revisó: Julieth Lorena Perdomo Saboya – Abogada Contratista

Powered by CamScanner

E.S.E Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 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 que **THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA** quien se identifica con cedula de ciudadanía **No. 1073708969** ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2022, 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. 769-2022
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 4020 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR DEL CONTRATO:	DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE.($2,178,000.00)
PLAZO TOTAL DE EJECUCION	19 DIAS
FECHA DE INICIO:	12 DE DICIEMBRE DE 2022
FECHA DE TERMINACION:	30 DE DICIEMBRE DE 2022
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los seis (06) días del mes de enero de 2023.

DADLEY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Cenaida Martinez González – Apoyo Administrativo Contratista
Revisó. Julieth Lorena Perdomo Saboya – Abogada Contratista

Powered by CamScanner

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

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 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 que THALIA GERALDINE COLORADO ALDANNA quien se identifica con cedula de ciudadania No. 1073708969 ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2023, 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. 112-2023
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 4171 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR DEL CONTRATO:	SEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE. ($6.534.000.00)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	SEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE. ($6.534.000.00)
PLAZO TOTAL DE EJECUCION FECHA DE INICIO:	DOS (02) MESES Y CATORCE (14) DIAS DIECISEIS (16) DE ENERO DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA Y UNO (31) DE MARZO DE 2023
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los cinco (05) dias del mes de mayo de 2023.

DADELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Cenaida Martinez González – Profesional de apoyo administrativo Contratista
Revisó: Nicolás Andrés Mendoza Chavarro – Abogado Contratista

empresadesalud@esesoacha.gov.co www.esesoacha.gov.co PBX 7293922 Ext. 106 Cel.316 5376570

Powered by CamScanner

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

EL TESORERO GENERAL 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 que **THALIA GERALDINE COLORADO ALDANA** quien se identifica con cedula de ciudadanía **No. 1073708969**, ha suscrito con la entidad, durante la vigencia **2023**, 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.563-2023**
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. 1874 DE 2023 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE- ($9.600,000.00)
ADICION:	DOS MILLONES DOSCIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE. ($2,209,524.00)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	ONCE MILLONES OCHOCIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE. ($11,809,524.00)
FECHA DE INICIO:	01 DE SEPTIEMBRE DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE DICIEMBRE DE 2023
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 marzo de 2024.

WILLIAM OSWALDO CORTÉS PINILLA
TESORERO GENERAL

Proyectó: Cenaida Martínez González – Profesional de apoyo administrativo-Contratista
Revisó: Yolanda Catherine Ortiz Alvarado – Abogada - Área Jurídica y Contratación Contratista

Powered by CamScanner

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que THALIA COLORADO ALDANA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.073.708.969 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 075671313, abierta/o desde el 13/7/2021, con saldo a la fecha de: $ 39

Se expide en Bogotá el día 23 del mes de Julio del año 2026

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO