

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL****PROCESO:** Gerencia de Talento humano

CÓDIGO

TH_FTO_10

VERSIÓN

05

VIGENCIA

30/04/2026

OK

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

NOMBRES Y APELLIDOS:**CARGO:**

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO					
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente				
2	Hoja de vida (actualizada con foto)				
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería				
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses				
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses				
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses				
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses				
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos				
10	Consulta de Inhabilitaciones Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.				
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)				
12	Registro usuario Scop 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 Inhabilitaciones e incompatibilidades				
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)				
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo				
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo				
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visometría* Vigencia de 3 años				
SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO					
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional				
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
37	RETHUS actualizado- pregrado y postgrado (Asistenciales)				
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES VIGENCIA NO MAYOR A 2 AÑOS					
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
41	Manejo del duelo (Asistenciales)				
42	Inducción – reintroducción corporativa (Todos)				
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla				
AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.				
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
MEDICO URGENCIOLOGO					
54	Certificado en formación de sedación				
ODONTOLOGO					
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					

Personal Asistencial: La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo Odontólogos, Enfermeras jefes, Camilleros, jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- 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.

[illegible]

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

Soacha, 21 de julio de 2026

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

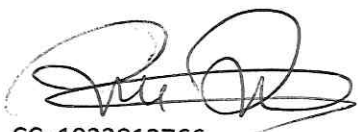
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

Cordialmente,



CC: 1033812766

Dirección: CALLE 36 # 49 89 ESTE

Email: deisydaza27@gmail.com

Teléfono / Celular: 3118453523

DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ



PERFIL

Estudiante de noveno semestre de Psicología y técnica en auxiliar de enfermería, con experiencia en el sector salud y atención a usuarios. Cuento con habilidades en orientación, acompañamiento psicosocial, promoción del bienestar y manejo de usuarios en contextos asistenciales.

Me caracterizo por una comunicación asertiva, empatía, responsabilidad y capacidad para trabajar con población diversa. Actualmente me encuentro finalizando práctica en el área organizacional, fortaleciendo competencias en bienestar laboral, gestión humana y apoyo en procesos de orientación y atención.

Cuento con formación en APH, soporte vital básico (BLS), atención integral a víctimas de agentes químicos, seguridad del paciente, primeros auxilios básicos y avanzados, manejo del duelo, primeros auxilios psicológicos, código blanco y pruebas rápidas

DATOS PERSONALES

NOMBRE	Deisy Geraldine Daza Rodríguez
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1033812766
FECHA DE NACIMIENTO	27 de diciembre de 1998
LUGAR DE NACIMIENTO	Bogotá D.C
ESTADO CIVIL	Soltera
DIRECCIÓN	Calle 36 # 48 89 este
TELÉFONOS	3118453523 - 3004218205
E-MAIL	deisydaza27@gmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

ESTUDIOS SUPERIORES: Profesional en Psicología Universitaria de Colombia
(en curso 9 semestre nocturno)

ESTUDIOS TECNICOS: Fusdesa Técnico por competencias Auxiliar en
enfermería Acta de grado 21 marzo (2020)

ESTUDIOS SECUNDARIOS: Institución Educativa Rodrigo Lara Bonilla Acta
de grado 12 agosto (2017)

EXPERIENCIA LABORAL

Instituto Emanuel IPS Cargo: auxiliar de enfermería domiciliaria (mayo-agosto 2023)
Atención integral y seguimiento de pacientes en casa,
garantizando adherencia al tratamiento

Secretaria de Salud: subred integrada de servicios de salud sur occidente E, S.E
Cargo: auxiliar de enfermería (agosto-diciembre 2023)
Soporte operativo en servicios de salud pública y atención comunitaria.

Secretaria de Salud: subred integrada de servicios de salud centro oriente E, S.E
Cargo: auxiliar de enfermería (febrero-mayo 2024) Soporte operativo en servicios
de salud pública y atención educativa con jornadas de vacunación

Secretaria de salud de Soacha: hospital Mario Gaitán Yanguas
Cargo: auxiliar de enfermería (julio – diciembre 2024)
Soporte operativo en servicios de salud pública y atención
comunitaria.

Secretaria de salud: subred integrada de salud centro oriente
E,S,E Cargo: auxiliar de enfermería pruebas rápidas (abril – junio
2025)
Liderazgo en jornadas de tamizaje y aplicación de pruebas
diagnósticas rápidas

Secretaria de salud de Soacha: hospital Mario Gaitán Yanguas
Cargo: auxiliar de enfermería (abril – agosto 2025)
Soporte operativo en servicios de salud pública y atención
comunitaria.

Empresa Vise Ltda:

Práctica Profesional: Área Organizacional Psicología (noviembre 2025 - abril 2026)

Apoyo en procesos de reclutamiento y selección de personal. Aplicación e interpretación de pruebas psicotécnicas. Participación en programas de bienestar y clima organizacional.

REFERENCIAS PERSONALES

Angela paez

Enfermera profesional

Cel: 3192186407

Sebastián duque

Psicólogo

Cel: 3195751109



Deisy Geraldine Daza Rodriguez

Cc: 1033812766 Bogotá D.C

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.033.812.766

DAZA RODRIGUEZ

APELLIDOS

DEISY GERALDINE

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-DIC-1998

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.48

B+

F

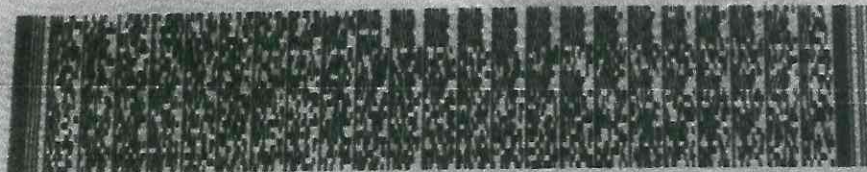
ESTATURA

G.S. RH

SEXO

05-ENE-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS DALDINO YACETA



P-1500150-00942724-F-1033812766-20171004

0057790198A 3

9910138132

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299747783**



PIB

11:39:27

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 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) DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033812766:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



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



Línea gratuita 018000910315

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 21 de julio de 2026, a las 11:40:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1033812766
Código de Verificación	1033812766260721114036

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:19:25 PM horas del 21/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1033812766**

Apellidos y Nombres: **DAZA RODRIGUEZ DEISY GERALDINE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



Presidencia



Ministerio de



Portal Único



GOV.CO



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC



Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/07/2026 01:20:51 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1033812766 DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ.**

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. **144219579** . 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

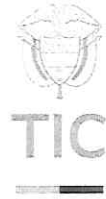
Imprimir



**Dios y
Patria**

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





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 1033812766 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 21/07/2026 01:22 PM



Código Verificación: **7E1K9SXVMC**

Válida hasta: **19/10/2026**

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 13:26:38 horas del 21/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1033812766**,
Apellidos y Nombres **DAZA RODRIGUEZ DEISY GERALDINE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital yangas**, con NIT **257540038-0** 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.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



Buscar...

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos

Volver Últimas modificaciones Todos Seleccionar

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

<u>Id del contrato</u>	<u>Número del Contrato</u>	<u>Entidad Estatal</u>	<u>Tipo de entidad</u>	<u>Fecha de firma</u>	<u>Fecha de finalización</u>	<u>Facturación de la entidad</u>	<u>Valor t</u>
6470053	CPS-907-2025	empresa social del estado región de salud soacha.	Entidad Estatal	5/06/2025 9:10:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	4/08/2025 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ	
6283958	PS 5164 2025	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 1	Entidad Estatal	3/04/2025 11:48:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30/06/2025 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ	
6304208	CPS-609-2025	empresa social del estado región de salud soacha.	Entidad Estatal	9/04/2025 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	15/05/2025 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ	
5190242	CPS-792-2024	empresa social del estado región de salud soacha.	Entidad Estatal	19/07/2024 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	19/12/2024 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ	
4684113	PS 3660 2024	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 1	Entidad Estatal	20/02/2024 1:09:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	31/05/2024 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ	

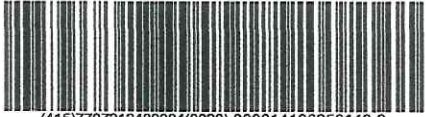
[Ver más](#)

OPCIONES

VER

HERRAM

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 141262561432			
					(415)7707212489984(8020) 000014126256143 2
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 3 3 8 1 2 7 6 6		6. DV 9	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 1 0 3 3 8 1 2 7 6 6	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 1 6 9	29. Departamento Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1
31. Primer apellido DAZA		32. Segundo apellido RODRIGUEZ		33. Primer nombre DEISY	
35. Razón social		34. Otros nombres GERALDINE			
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Cundinamarca	40. Ciudad/Municipio Soacha		7 5 4
41. Dirección principal CL 36 48 89 ESTE					
42. Correo electrónico deisydaza27@gmail.com					
43. Código postal 1 1 0 1 1 1		44. Teléfono 1 3 1 1 8 4 5 3 5 2 3			
45. Teléfono 2					
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal		Actividad económica		Ocupación	
46. Código 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 8 0 1	48. Código 8 6 9 9	49. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 8 0 1	50. Código 1 2	51. Código
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 4 9					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio					
57. Modo					
58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2026-07-21 / 01:57:29PM	
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 DAZA RODRIGUEZ DEISY GERALDINE					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					

	FORMATO SARLAFT		Código	TH_FTO_45	
			Version	0	
			Vigencia	7/6/2022	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	21/7/2026	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBL	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DAZA		RODRIGUEZ		DEISY	GERALDINE
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒		C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		1.033.812.766	BOGOTA DO
PASAPORTE ☐		OTRO ☐ CUAL:			2017-05-01
ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐					
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
27/12/1998		BOGOTA		COLOMBIA	COLOMBIANA
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐				0	1
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐ OTRO ☐ CUAL:					CONTRATISTA
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:
CALLE 36 # 48 89 ESTE		SOACHA		CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
DEISYDAZA27@GMAIL.COM		N/A		PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	PAIS:
N/A		N/A		N/A	N/A
TELEFONO RESIDENCIA		3118453523			
TELEFONO/FAX		N/A			
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐		C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐			
PASAPORTE ☐		OTRO ☐ CUAL:			
ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐					
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOJAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		CORIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒		8692 8699	
		IVA SI ☐ NO ☒		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
		ICA SI ☐ NO ☒			
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		SERVICIOS ☐ ALUD ☒	
				# NTT	
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	INDUSTRIAL ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL:	ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐			

		FORMATO SARLAFT		Codigo Version Vigencia	TH_FTO_45 0 6/07/2022
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Calle 13 # 9-85		(601) 730 9230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL		AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACION	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	PASIVOS
SALARIOS	\$ 1.000.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 500.000	AHORROS	\$ 0
HONORARIOS	\$ 0	ARRENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0
ARRENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 1.000.000	TOTAL EGRESOS	\$ 500.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A		N/A		N/A	N/A
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cónyuge o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
GOMEZ			LEIDY		
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
calle 36 # 48 89 este	BOGOTA		AMIGO	3107961289	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ O ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A		N/A
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:				CUAL:	
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					
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 aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos que entregue y entregare a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
AUXILIAR DE ENFERMERIA					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique) 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA					
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS					
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses + 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 anexas 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					

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certifiendes y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se 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, enténdase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor 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, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

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

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

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

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

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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

BOGOTÁ, Julio 27 de 2026

Señora:

DAZA RODRIGUEZ DEISY GERALDINE

CC. 1033812766CL 36 N 48 89 ESTE - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 14 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A af	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
DAZA RODRIGUEZ DEISY GERALDINE	1033812766	C	Jun-14-2019	269	28	COTIZANTE	VIGENTE		Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
DAZA HILDO DE DEISY GERALD	1033812766	M	Mar-11-2021	4	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Mar-12-2021	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
MARIN DAZA FIA FFI ARIANA	1033695974	R	Mar-12-2021	206	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
RODRIGUEZ ANNY	52520185	C	May-26-2020	56	28	PADRES	NO VIGENTE	May-27-2021	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relacion laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ	1033812766	Independientes con contrato de prestación de servicios	VIGENTE
EL ARROZAL Y CIA S C A	1033812766	Dependiente	CERRADO
VIGILANCIA Y SEGURIDAD LTDA VISE LTDA	1033812766	Dependiente	CERRADO
DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ	1033812766	Independiente	CERRADO
PHSY GFRAIN INF DATA RODRIGUEZ	1033812766	Independientes con contrato de prestación de servicios	CERRADO
DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ	1033812766	Independientes con contrato de prestación de servicios	CERRADO
DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ	1033812766	Independientes con contrato de prestación de servicios	CERRADO
VIGILANCIA Y SEGURIDAD LTDA VISE LTDA	1033812766	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.812.766**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DAZA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RODRIGUEZ	NOMBRES DEISY GERALDINE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1033812766	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 27 MES 12 AÑO 1998 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ, D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 36 48 89 ESTE PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SOACHA TELÉFONO 3118453523 EMAIL deisydaza27@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	08	AÑO	2017

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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
FUSDESA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1800	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	03	2020

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

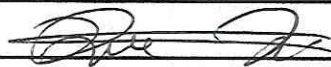
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Soacha 21-07-2016



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)**HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

Período

01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1033812766

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CALLE 36 48 89 ESTE Conjunto catania torre 3 602

TELÉFONO: 3118453523

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Eileen Ariana Marín Daza	1033829574	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	\$10.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$10.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	04900019543	BOGOTA	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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

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

a) 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
------------------------------------	------------------

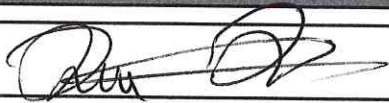
c) En la actualidad SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°
C.C. C.E. T.I.

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



FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO

Saccha

21-07-26

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

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

Soacha, 22 de julio de 2026

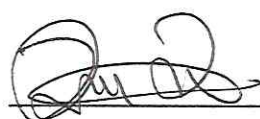
NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo DEISY GERALDINE DAZA RODRÍGUEZ, identificado(a) con cedula No. 1033812766 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Auxiliar de Enfermería, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,



C.C.1033812766

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

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

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

Soacha, 21 de julio de 2026

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo Deisy Geraldine Daza Rodriguez identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1033812766_de Bogotá por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,



C.C. No. 1033812766 De Bogotá

[illegible]



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: 1033812766
Nombre: DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ
Fecha Inicio contrato: 15/07/2026
Fecha Fin contrato: 31/10/2026
Fecha Inicio cobertura: 23/07/2026
Número contrato: 15558
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: SUCURSAL 14
Centro de trabajo: CTRAB 003
Fecha hora transacción: 22/07/2026 09:41:14 p. m.

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

Soacha 21 de julio de 2026

Señores:

FUSDESA

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

Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;



Firma

N° Documento 1033812766_____

Dirección de contacto _CALLE 36 # 48 89 ESTE____

Teléfono 3118453523_____

1. The first part of the paper discusses the importance of understanding the underlying mechanisms of the system being studied. This involves a thorough review of the existing literature and a clear definition of the research objectives.

2. The second part of the paper presents the theoretical framework and the mathematical models used in the study. This includes a detailed derivation of the equations and a discussion of the assumptions made.

3. The third part of the paper describes the experimental setup and the data collection process. This includes a description of the equipment used, the parameters measured, and the methods used to analyze the data.

4. The fourth part of the paper presents the results of the study and discusses the implications of the findings. This includes a comparison of the experimental results with the theoretical predictions and a discussion of the limitations of the study.

5. The fifth part of the paper concludes the study and provides a summary of the key findings. This includes a discussion of the future work that needs to be done in this area.

6. The sixth part of the paper is a list of references, which includes all the sources cited in the paper. This is a standard feature of academic papers and is used to provide context for the study.

7. The seventh part of the paper is a list of figures and tables, which are used to present the data and results of the study. This is a standard feature of academic papers and is used to provide a visual representation of the data.

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

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

Yo, Deisy Geraldine Daza Rodriguez, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1033812766, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

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

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

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

incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

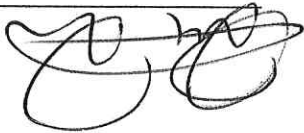
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

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

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

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

Firma y huella




Celular No.

318453523

Correo institucional

sochadec@egymail.com

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

Soacha, 21 de julio de 2026.

Señores

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

Yo **DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ** con C.C. 1033812766 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,


 C.C. 1033812766

Colombia



OR DE AUTENTICIDAD



IN: dc30b02-72b2-4c01-9018-4c3-f10b11b

DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Pais nacimiento / Country of birth

1 0 3 3 8 1 2 7 6 6

27/12/1998

COLOMBIA

Correo electrónico / e-mail

3118453523

DEISYDAZA27@GMAIL.COM

[illegible]

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010733508

Fecha de generación del carné: miércoles, 10 de mayo de 2023 11:45 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1033812766
Nombres y Apellidos: DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento: 27/12/1998

Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	14/06/2019	Sarampión -Rubéola	0128M411	CAMI VISTA HERMOSA
Td	Primera dosis	04/09/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	d2221	CAMI VISTA HERMOSA
	Segunda dosis	19/10/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	D2221	UPA SAN FRANCISCO
	Tercera dosis	04/10/2018	Toxoide Tetánico y diftérico	221502016B	UPA SAN FRANCISCO
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis	23/01/2014	Gardasil	J005989	UPA SAN FRANCISCO
	Segunda dosis	24/07/2014	Gardasil	J005989	UPA SAN FRANCISCO

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1033812766
Nombres y Apellidos	DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento:	27/12/1998

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Refuerzo	12/05/2022	Janssen	202G21A	INNOVAR SALUD SAS
DPT	Única				
DPT Acelular	Cuarta dosis	13/01/2021	Bostrix	AC37B334AC	VIRREY SOLIS IPS SEDE ENSUEÑO
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	29/03/2019	Recombax B	UFX18008	DR. EULISES ORTIZ RODRIGUEZ
	Segunda dosis	27/04/2019	Recombax B	UFX18008	IPS VACUNAR COLOMBIA
	Tercera dosis	25/05/2019	Recombax B	UFX18008	IPS VACUNAR COLOMBIA
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				

**Certificado Médico Ocupacional**

Código Prestador: 110010567703

Nit: 8001655770

Dirección: CARRERA 62 N. 12-58 BODEGA 1,2,3,4 Y 5

Teléfono: 4320260

Correo Electrónico: conceptos@losandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ubicación: Bogotá, d.c., BOGOTÁ D.C.
 Fecha y hora de ingreso: 2026-may.-16 08:18 a. m.
 No. Ingreso: 72050
 Nombre: DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ
 Cargo:
 Fecha de Nacimiento: 27 dic. 1998
 Sexo: Mujer
 Estado Civil: Soltero
 Escolaridad: Universitario

Sede: Zona Industrial
 Fecha y hora de salida: 2026-may.-16 09:14 a. m.
 Tipo de Examen: Pre Ingreso
 Identificación: CC 1033812766
 Ciudad: Soacha
 Edad: 27 Años
 Etnia: Ninguna de las anteriores
 Estrato: Estrato 2
 Grupo Poblacional: Otros grupos Poblacionales

**INFORMACIÓN OCUPACIONAL**

Empresa Temporal: VISE LTDA
 Empresa Usaria: VISE LTDA

NIT: 806007033001
 NIT: 806007033001

Actividad Económica: Actividades de seguridad privada
 Actividad Económica: Actividades de seguridad privada

INFORMACIÓN AFILIACIÓN

EPS: SALUD TOTAL
 ARL: NO APLICA
 Fondo pensiones: SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA

El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paradójicos	Resultado	Estado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Normal	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Normal	Realizado
Visiometría	Normal	Realizado

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Sin restricciones para el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

OSTEOMUSCULAR: Realizado
 Observación:

RESTRICCIONES LABORALES

- Ninguna

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas
 observación: USO Estricto DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE.
 EVITAR LABORAR EN AREAS DE ALTO RIESGO.
 BUENA SEÑALIZACION DE AREA LABORAL.

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES

- Actividad Física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO CON RIESGOS DEL CARGO

Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo biomecánico

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Maria Fernanda Aguilar Becerra

Deisy Geraldine Daza Rodríguez

Profesional: MARIA FERNANDA AGUILAR BECERRA
 Identificación: CC 55136346
 Reg. Médico: 160697
 Licencia Ocupacional: 16271 de 28/12/2018

Paciente: DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ
 CC: 1033812766

Zona Industrial

Dirección: CARRERA 62 N. 12-58 BODEGA 1,2,3,4 Y 5 Teléfono: 4320260



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención		Ciudad	Nombres y apellidos		
27 de junio de 2024		Soacha	Deisy Geraldine Daza Rodríguez		
Documento identidad		Empresa o entidad		Cargo	
1033812766		PARTICULAR		Auxiliar de enfermería	
Género		Edad	Fecha nacimiento	Estado civil	Hijos
FEMENINO		25	27 de diciembre de 1998	SOLTERO(A)	1
Profesión u Oficio		Email		Tipo de examen	
Enfermero(a)		deisydaza27@gmail.com		Ingreso	

* De conformidad con la Ley de Protección de Datos Personales, informamos que la información contenida en este certificado médico es confidencial y será utilizada exclusivamente para los fines relacionados con la evaluación de la aptitud laboral del trabajador. El tratamiento de los datos personales se llevará a cabo conforme a la normativa vigente, garantizando su integridad, confidencialidad y seguridad, y no serán compartidos con terceros sin el consentimiento expreso del titular, salvo por mandato legal o judicial.*

EXÁMENES REALIZADOS

Optometría
27 jun 2024

CONCEPTO DE EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ con documento de identificación No 1033812766 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

RESULTADOS GENERALES

Optometría
Presión intraocular (PIO): 15 mmHg en ambos ojos
Reflejos pupilares: Respuesta pupilar normal a la luz en ambos ojos
Campo visual: Normal en ambos ojos, sin defectos o áreas de pérdida
Visión de colores: Normal, capacidad de distinguir entre diferentes colores sin dificultad
Fondo de ojo: Normal, con una retina, nervio óptico y vasos sanguíneos saludables en ambos ojos.

FIRMAS

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ
1033812766

EXAMEN AUDIOMÉTRICO COMPLEMENTARIO

Código de Seguridad: 2074e079-4ae5-442a-bd47-9fca074bd2cf

Tipo de Examen



AUDIOMETRÍA

Empresa	Cargo	Tipo de Protección
NO REPORTA	NO REPORTA	NO REPORTA
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL		
Antecedente en	Observación	Antecedente en
Ruido Continuo	NO REPORTA	Ruido impulsivo
Ruido Intermitente	NO REPORTA	NO REPORTA
Frecuencia	Oído Derecho	Oído Izquierdo
250	70	20
500	70	0
1000	10	0
2000	20	10
3000		0
4000	0	0
6000	0	0
8000	0	0

CONCEPTO

La audición es normal y no se requieren acciones específicas.

BIENESTAR Y SALUD LABORAL SAS - CALLE 134 NO. 7-83 CONS 233 - BOGOTÁ - www.bsl.com.co - Teléfono + 57 601 580 2318

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Código de Seguridad: 2074e079-4ae5-442a-bd47-9fca074bd2cf

Tipo de Examen



OPTOMETRÍA

Test	Concepto	Estereopsis Titmus
Visión al color ISHIIHARA	Normal	Normal
Agudeza visual sin corrección	Observación	Antecedente en
Ojo Derecho	No aplica	Miopía
Ojo Izquierdo	No aplica	Astigmatismo

Resultados

Esfera (ESF): -2.25 dioptrías
Cilindro (CIL): -1.75 dioptrías
Eje (EJE): 142 grados
Distancia Pupilar (DP): 0.50 cm
Agudeza visual sin corrección (OD): 0.30
Agudeza visual sin corrección (OI): 0.60
Observaciones: El usuario indica tener miopía. El usuario indica tener astigmatismo.

Dr. Miguel Garzón Rincón
Oftalmólogo Ocupacional
Res. 6473 04/07/2017

BIENESTAR Y SALUD LABORAL SAS - CALLE 134 NO. 7-83 CONS 233 - BOGOTÁ - www.bsl.com.co - Teléfono + 57 601 580 2318



Acta Individual de Grado

COLEGIO "RODRIGO LARA BONILLA"

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

Cra. 43 A No. 66 - 51 Sur - Teléfono: 716 80 31

Jornada Nocturna

Inscripción S.E.: 6038

Dane: 11100136785

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 12 días del mes de agosto de 2017 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO "RODRIGO LARA BONILLA"** Institución Educativa Distrital, Institución aprobada en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 2852 del 16 de septiembre de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Beisy Geraldine Baza Rodríguez

C.C. No. 1.033.812.766 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 042 de fecha agosto 12 de 2017 en lo pertinente.

Firmada y sellada por JORGE BENEDICTO LAGOS CÁRDENAS (Rector) y

MÓNICA CECILIA GONZÁLEZ BEDOYA (Secretaria)

Dada en Bogotá, D.C., a los 12 días del mes de agosto de 2017

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981
No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto N° 921 del 6 de mayo de 1994

Rector

Jorge Benedicto Lagos Cárdenas

C.C. No. 19.194.633 de Bogotá

Secretaria

Mónica Cecilia González Bedoya

C.C. No. 51.821.849 de Bogotá



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL
Y EN SU NOMBRE EL

COLEGIO RODRIGO LARA BONILLA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

JORNADA NOCTURNA

INSTITUCIÓN OFICIAL AUTORIZADA POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ, D.C.,
SEGÚN RESOLUCIÓN No. 2852 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2002

CONFIERE A:

Deisy Geraldine Baza Rodríguez

C.C. No. 1.033.812.766 de Bogotá, D.C.

EL TÍTULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL
DE EDUCACIÓN MEDIA, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES


JORGE BENEDICTO LAGOS CÁRDENAS
RECTOR


MÓNICA CECILIA GONZÁLEZ BEDOYA
SECRETARIA

REGISTRO INTERNO

ACTA No. 42 FOLIO No. 101

NO REQUIERE SER REGISTRADO EN LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SEGÚN DECRETO No. 921 DEL 6 DE MAYO DE 1994.



DADO EN BOGOTÁ, D.C., A 12 DE Agosto DE 2017



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-036 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro del Programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

CONFIERE A:

DAZA RODRIGUEZ DEISY GERALDINE

C.C. 1.033.612.766 DE BOGOTÁ D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

Dado en Bogotá, D.C. a los 21 Días del Mes de Marzo de 2020
Anotado en el Folio 720 Del libro 07 del Registro de FUSDESA.

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el ministerio de salud, Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Registro del Programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 047

ACTA INDIVIDUAL N° 720

En Bogotá D.C. a los 21 días del Mes de Marzo del año 2020
DAZA RODRIGUEZ DEISY GERALDINE
Identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N°1.033.812.766 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 720 del Libro 07 del Registro de FUSDESA

NANCY SALINDO GÓMEZ
DIRECTORA



PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

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 *

1033812766

Primer Nombre

deisy

Primer Apellido

daza

Confirme los números de la Imagen *



Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-07-21→1:59:40 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificac
CC	1033812766	DEISY	GERALDINE	DAZA	RODRIGUEZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1033812766 registra La siguiente información:

2026-07-21→1:59:40 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2020-05-22	12659	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

Resolución No A12659 del día 22 del mes de Mayo del año 2020
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión/ocupación en el Territorio Nacional.
LA SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) DEISY GERALDINE DAZA RODRÍGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033812766, solicito ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión/ocupación TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN FUSDESA, el día 2020-03-21, con el acta 720, registrado en el libro 07, Folio 720, año 2020.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a DEISY GERALDINE DAZA RODRÍGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033812766, para ejercer la profesión/ocupación de TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: DEISY GERALDINE DAZA RODRÍGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033812766, quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

ARTÍCULO TERCERO: Notifíquese electrónicamente el contenido de la presente Resolución a DEISY GERALDINE DAZA RODRÍGUEZ, identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033812766, o a quien haga sus veces, haciéndole saber que, contra la misma sólo procede el recurso de reposición ante esta Dirección, el cual deberá interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación electrónica, por medio de la plataforma virtual mediante la cual se llevó a cabo el trámite inicial o por escrito.

NOTIFIQUESE, Y CÚMPLASE Dada en Bogotá, D.C. a los 22 días del mes de Mayo del año 2020

Subdirector (a) Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud (E).
Código de verificación 3qUAE2VGM

CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Deisy Geraldine Daza Rodríguez

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.033.812.766 de Bogotá

EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;

CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO

SEXUAL (CODIGO FUCSIA)

Dado en Bogotá a los 3 días del mes de noviembre de 2025, con una intensidad de 40 horas y una vigencia de un año para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:


JEFFERSON LEONARDO MORA
REPRESENTANTE LEGAL




JORGE ARMANDO PARDO
FORMADOR



CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Deisy Geraldine Daza Rodríguez

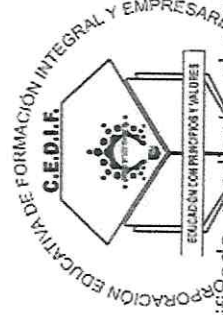
Con Cédula de Ciudadanía No. 1.033.812.766 de Bogotá

EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;
CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Dado en Bogotá a los 3 días del mes de noviembre de 2025, con una intensidad de 40 horas y
una vigencia de un año para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:

JEFFERSON LEONARDO MORA
Firmado digitalmente por



JORGE ARMANDO DAZA
Firmado digitalmente por

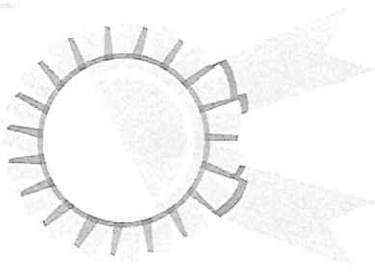
*La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el siguiente correo / educar.cedif@gmail.com / teléfono: 4425738 - 311 2561702
NIT. 1.022.308.338-3

C.E.D.I.F.



EDUCACIÓN CON PRINCIPIOS
Y VALORES

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA



CERTIFICA QUE:

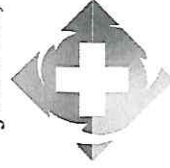
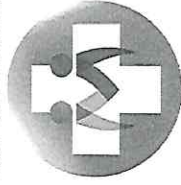
deisy geraldine daza rodriguez

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: julio 22, 2026



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA





CAMPUS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CERTIMEDICAS



FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS
NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

Nº: 1033812766

Realizó y aprobó el Curso básico de:

FIEBRE AMARILLA (BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE RISAGASUGÁ EL 2026-07-22. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE GENERACIÓN DE LA MISMA

REPRESENTANTE LEGAL
113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431



VERIFIQUE VALIDEZ

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2599 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / RESOLUCIÓN 3000 DE 2009 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



CAMPUS

CERTIMEDICAS



FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DEISY GERALDINE DAZA RODRIGUEZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

Nº : 1033812766

Realizó y aprobó el Curso básico de:

DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-07-22
CERTIFICACION SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y
NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA
GENERACIÓN DE LA MISMA**

[Signature]

REPRESENTANTE LEGAL
113628529

[Signature]

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

[Signature]

GERENTE GENERAL
1069712431



VERIFIQUE VALIDEZ

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2590 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL RESOLUCION
3000 DE 2009 ESTANDAR DE TALENTO EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

