

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 REGIÓN DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE ALFREDO PENA SANCHEZ

CARGO: CONDUCTOS DE AMBULANCIA

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

55	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia	X		
56	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia	X		
57	Registro único nacional de tránsito RUNT	X		
58	Licencia de conducción	X		
59	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito	X		
60	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * Vigencia 3 años.			X
AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA				
61	Soporte vital básico	X		
62	Primeros Auxilios			X
63	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)			X
INGENIERO BIOMEDICO				
64	Certificado del registro INVIMA			X
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO				
65	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea			X
66	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)			X
RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
67	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.			X
68	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular, visimetría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)			X
SERVICIO DE ALIMENTACION				
69	Certificación de manipulación de alimentos			X
70	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.			X
MANTENIMIENTO				
71	Certificado curso de alturas			X
72	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.			X
EXPERIENCIA LABORAL				
73	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado	X		
Nombre y firma de quien verifica la documentación:				

- Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).
- El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.

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

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

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


REFERENTE TALENTO HUMANO
QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA

Soacha, 21 de 09 del 2022

Doctora.

ALEXANDRA GONZALEZ MORENO

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

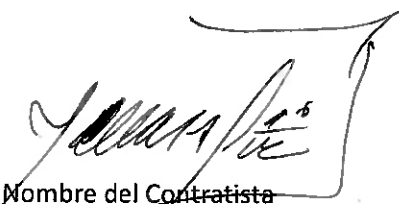
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: José Alfredo Peña Sánchez

Cargo Conductor de Ambulancia

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

Cordialmente,



Nombre del Contratista

Jose Alfredo Peña Sanchez

CC: 19321670

Dirección: cra 6ª este # 30-11 casa 13

Email: chupito58@hotmail.com

Teléfono/ Celular: 3046796950

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Fecha y lugar de Nacimiento: 15 de Enero de 1958 Bogotá

Numero de Cedula: 19.321.670 Bogotá

Edad: 62 años

Estado civil: Casado

Dirección: Carrera 6ª este # 30ª 11 Casa 13

Teléfono: 304 - 6796950



PERFIL PROFESIONAL

Persona responsable, honesta y dedicada con gran capacidad de trabajo en equipo, habilidades para desenvolverse de manera productiva en el desarrollo de mi labor, con conocimientos y experiencia en el manejo de vehículos automotores, manejo de vehículos de emergencia, TAM (transporte ambulatorio medicalizado), TAB (transporte ambulatorio básico), operador de vehículo montacargas, ayudante mecánico.

ESTUDIOS REALIZADOS

Otros:

Curso Soporte Vital Básico - INTEDSALUD

Acreditación: 11 Diciembre 2019

Vencimiento: 11 Diciembre 2021

Curso Primeros Auxilios Basico y Avanzado - INTEDSALUD

Acreditación: 10 Diciembre 2019

Vencimiento: 10 Diciembre 2021

Curso Atención Integral en Salud a Víctimas de Ataque con Agentes Químicos
- STELLA VITAE S.A.S

Acreditación: 26 Enero 2020

Curso Ruta de atención integral a víctimas de abuso sexual - Alcaldía municipal de SOACHA

Acreditación: 29 Mayo 2018

Curso Primeros Auxilios integrales para conductores de vehículos de emergencia - Cruz Roja Colombiana por medio de: Instituto de formación para el trabajo y desarrollo humano

Acreditación: 18 Mayo 2009

Secundaria:

Instituto Monseñor Montini
Noviembre 1978

EXPERIENCIA LABORAL

E.S.E MUNICIPAL SOACHA

Gerente: Dr. María Victoria Herrera Roa

Fecha de ingreso: Abril del 2020

Fecha de retiro: Febrero de 2021

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

Jefe inmediato: Dr. Mauricio Abril

Fecha de ingreso: Enero del 2008

Fecha de retiro: Enero 31 de 2017

DINAMIC ARCHIVOS

Jefe inmediato: Alfonso Roza

Teléfono: 320 430 10 36

Fecha de Ingreso: Junio de 2008

Fecha de Retiro: Diciembre de 2008

Chicago, Illinois

Dear Sirs:

Enclosed for you are

three copies of the report of the

Committee on the

Report of the

Committee on the

Report of the

Committee on the

Report of the

Committee on the

Report of the

Committee on the

Report of the

Committee on the

Report of the

Committee on the

Report of the

Committee on the

Report of the

SECRETARIA DE SALUD SOACHA

Jefe Inmediato: Dr. Heriberto Pimiento

Teléfono: 5 752830/40 - 310 4781516

Fecha de ingreso: Enero de 2007

Fecha de Retiro: Diciembre de 2007

ESCOLYTUR EU.

Jefe Inmediato: Armando Riveros

Teléfono: 4116311

Cargo desempeñado: Conductor

Fecha de Ingreso: Enero 2003

Fecha de Retiro: Marzo de 2006

COOTRANSMUNDIAL LTDA.

Jefe Inmediato: José Manuel Parra

Teléfono: 7114797

Cargo desempeñado: Conductor

Fecha de Ingreso: Enero de 1995

Fecha de retiro: Octubre de 2002

CAJAS PLASTICAS S.A.

Jefe Inmediato: Jairo Barrios

Jefe Inmediato: Jorge Arias

Cargo desempeñado: ayudante de máquinas, tolbero, decorador, operario montacargas, operario máquinas de inyección.

Fecha de Ingreso: Marzo 17 de 1986

Fecha de Retiro: Diciembre de 1994

REFERENCIAS PERSONALES

KLARA HERNANDEZ

Teléfono: 9 002580

LINA DE PUENTES

Teléfono: 7 129588



JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ
C.C. 19.321.670 Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.321.670**

PEÑA SANCHEZ

APELLIDOS
JOSE ALFREDO

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-ENE-1958**

CHIQUEQUIRA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

AB+

G.S. RH

M

SEXO

10-FEB-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1524700-00124421-M-0019321670-20081106

0005357024A 1

1700002496



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

TARJETA DE RESERVISTA N° 0646172

PERTENECE AL EJERCITO DE

PRIMERA LINEA HASTA EL 31 - XII - 1.988

SEGUNDA LINEA HASTA EL 31 - XII - 1.998

TERCERA LINEA HASTA EL 31 - XII - 2.008

ORIGINAL

JOSE ALFREDO PENA SANCHEZ

NOMBRES Y APELLIDOS

REGISTRADA EN LA RELACION No. 205 MES AGO AÑO 1.977

EN CASO DE LLAMAMIENTO DE RESERVAS PRESENTESE A LA DEPENDENCIA
MILITAR MAS CERCANA A SU RESIDENCIA...

PROFESION:

OFICINISTA

ACTA DE CLASIFICACION NO. 085

DE FECHA: 3 AGO-77

LUGAR DE CLASIFICACION:

ZIPAQUIRA

RECIBO NO. 074130

DE FECHA:

19 AGO-77

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION:

BOGOTA D.E. 28 AGO-77

GBA

TENIENTE HENRY FERNANDEZ MENDOZA

COMANDANTE DISTRITO MILITAR NO. 4

TIE. CORONEL RODOLFO AMAYA BUSTAMANTE

COMANDANTE DE LA 1a ZONA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 205526496**



WEB

17:25:05

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de septiembre del 2022

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) JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 19321670:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES

Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (E)

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.

Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co

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

www.procuraduria.gov.co



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 20 de septiembre de 2022, a las 17:14:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	19321670
Código de Verificación	19321670220920171411

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.


YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:15:00 PM horas del 20/09/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 19321670

Apellidos y Nombres: PEÑA SANCHEZ JOSE ALFREDO

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-
ato@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-ato@policia.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, 20/09/2022 06:22:30 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **19321670** y Nombre: **JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **42341055** . 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 Búsqueda Imprimir

Información ...

5159000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 31
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

www.policia.gov.co

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario

14066562806



(415)7707212489984(8020) 000001486656280 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 9 3 2 1 6 7 0

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

1 9 3 2 1 6 7 0

27. Fecha expedición

1 9 7 7 0 2 1 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

PEÑA

32. Segundo apellido

SANCHEZ

33. Primer nombre

JOSE

34. Otros nombres

ALFREDO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Soacha

7 5 4

41. Dirección principal

CR 4 ESTE 30 C 11 IN 13 CON CASA LINDA 7 BRR SAN MATEO

42. Correo electrónico

chupito58@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 4 6 7 9 6 9 5 0

45. Teléfono 2

3 1 1 2 0 4 3 7 0 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 2 9 9

2 0 1 4 0 3 0 7

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2022 - 09 - 22 / 11 : 36: 10

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PEÑA SANCHEZ JOSE ALFREDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

PERSONAL ASSISTENT
II Administrativo no VP pto
8299

 REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT		Codigo	TH_FTO_45	
			Version	0	
			Vigencia	6/07/2022	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2022-09-21	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
PEÑA	SANCHEZ		JOSE	ALFREDO	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒		19321670	BOGOTA D.C.	1977-02-10	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:		
ENERO / 15 / 1958	BOYACA CHIQUEQUIRA	COLOMBIA	COLOMBIANO		
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐			3	3	
			TELEFONO CELULAR		
			3046796950		
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA				PROFESION / OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☒ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ OTRO ☐ CUAL:				CONTRATISTA	
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	
CARRERA 6ª ESTE # 30 - A11 INTERIOR 13		SOACHA SAN MATEO	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
CHUPITO58@HOTMAIL.COM			PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐		
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	
				TELEFONO/FAX	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
PUENTES	SIERRA		LUZ	YADIRA	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐		51919126	BOGOTA D.C.	1986-12-30	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD: COLOMBIANA	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOJAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
BOCO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		IVA	SI ☐ NO ☐		
		JCA	SI ☐ NO ☐	PRINCIPAL: ☐ SUBSIDIARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	
AGENTE AUTORETENEDOR		SI ☐ NO ☐			
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
SI ☒ NO ☐		NO ☒	ESE Region de Salud Soacha		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	
		# NIT	80006850-3		
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	
TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐			
OTRA ☐	CUAL:				

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

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
ESE REGION SALUD SOACHA	3203000957	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	CONDUCTOR DE AMBULANCIA		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	1,670,000	GASTOS FAMILIARES	1,200,000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	\$ 600,000
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	\$ 350,000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1,670,000	TOTAL EGRESOS	1,200,000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 950,000

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BUTRAGO	MENDEZA	LUZ	MERY
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
INTERIOR 12 APARTAMENTO 202	SOACHA SAN MATEO	LABORAL	3124860744

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	272107889	BANCOBOGOTA	N/A

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo 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.):

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 recibo de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OFS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	<p align="center">FORMATO SARLAFT</p>	Código	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 RUT.

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

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

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

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

NOTA: Todos los conceptos 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 lo 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, suministro mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La 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) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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

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

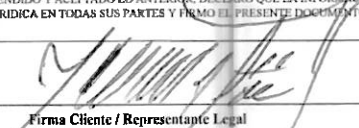
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION. Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION. Que los responsables del tratamiento de la información son: In 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, transfieren, transmiten, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona 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. AUTORIZACION. De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

[Salir](#) [Inicio](#)**Famisanar
en Línea**

EPS Famisanar

Servicios en línea

IPS

Usuarios

Autorizaciones

Copagos

Cartera

Bases de Datos

Consulta Prescripciones

Radicación Digital

Facturación Digital

Servicio al Cliente

Archivos PEP

Cargue Actualización
Datos de Afiliados
COVID 19

Contáctenos

Sugerencias

Felicitaciones

Quejas o reclamos

NT 800006850 E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

• Estado Afiliación

Fecha/Hora Consulta: 21/09/2022 09:04:58

Estado Afiliación POS

•

Tipo Identificación: CC

Identificación: 19321670

Nombres: JOSE ALFREDO

Apellidos: PEÑA SANCHEZ

Estado Afiliación Usuario: ACTIVO

CAFAM SOACHA

IPS Primaria:

Convenio Especial:

Tipo Afiliado: COTIZANTE

Categoría Afiliado: A

Semanas Cotizadas: 230

Fecha Nacimiento: 15/01/1958

Edad: 64

Sexo: M

Dirección Residencia: CR 6A NRO 30A 11 INT 13 I

Teléfono: 3046796950

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOACHA

Causal Exoneración: NINGUNA

[Retornar](#)<http://enlineaw1.famisanar.com.co/7446/Autorizaciones2>

Versión Autorizaciones Web: 5.202107061

Version: w 26 nodo 1.91 / NODO 1.91.1 - NODO - 1

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19321670**, se encuentra afiliado/a desde **05/06/1978** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de septiembre de 2022.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

V. GIL A. 20 SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Libertad y Orden

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PEÑA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SANCHEZ		NOMBRES JOSE ALFREDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 19321670		SEXO F ☐ M ☒		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO 19321670		D.M. 1	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 15 MES 01 AÑO 1958 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SOACHA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 4 E 30 C 11 CASA 13 SAN MATEO PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SOACHA TELÉFONO EMAIL chupito58@hotmail.com			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)															
EDUCACIÓN BÁSICA												TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	X	MES	11	AÑO	1978

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).			

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN	
				MES	AÑO

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

GOBIERNO DE ALBA



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL DE SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7293922			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	08	Mes	06	Año	2020	Día	30	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 2 N 12 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL DE SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7293922			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	04	Año	2020	Día	31	Mes	05	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONDUCTOR DE AMBULANCIA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 2 N 12 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7309230			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2019	Día	31	Mes	03	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONDUCTOR DE AMBULANCIA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 13 10 60						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

THE ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

ALCOHOLIC

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	11

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

SOACHA 21-09-2022

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
 YANGUAS -SOACHA

Periodo Declarado: 01/01/2021 - 31/12/2021

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

IDENTIFICADO CON C.C. X C.E. T.I. No 19321670

PAIS COLOMBIA DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA

DIRECCIÓN CARRERA 4 E 30 C 11 CASA 13 SAN MATEO

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO 3046796950 3046796

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NESTOR ERUBEY PEÑA PUENTES	1024491876	HIJO(A)
SONIA STEFANY PEÑA PUENTES	1024554169	HIJO(A)
JENNIFFER XIOMARA PEÑA PUENTES	1032404733	HIJO(A)

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

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

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	\$1 000 000
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$9 200 000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	\$0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	\$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$10 200 000

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
--------------------	----------------	------------------	-------------------	--------------------

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 X NO**

tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

LUZ YADIRA PUENTES SIERRA

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

51919126

2. ACTIVIDAD ECONOMICA 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

<hr/>	<hr/>
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-GAP

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

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 FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-QAP

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

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

Soacha 21 de Septiembre del 2022

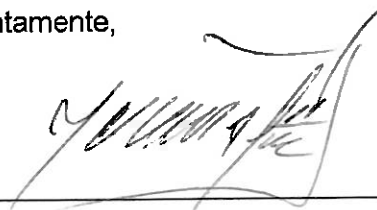
NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo José Alfredo Peña Sánchez identificado(a) con cedula No. 19321670 de Bogota D.C interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Conductor de Ambulancia, 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. 19 321670

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgyc.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
evitando 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	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 21 de Septiembre del 2022

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo José Alfredo Peña Sánchez, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 19321670 de BOGOTA D.C., por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,


C.C. No. 19 321 670 de Bto

THESE NOTES ARE FOR THE READER'S USE

THESE NOTES ARE FOR THE READER'S USE

THESE NOTES ARE FOR THE READER'S USE

THESE NOTES ARE FOR THE READER'S USE

THESE NOTES ARE FOR THE READER'S USE

THESE NOTES ARE FOR THE READER'S USE

THESE NOTES ARE FOR THE READER'S USE

THESE NOTES ARE FOR THE READER'S USE

THESE NOTES ARE FOR THE READER'S USE

THESE NOTES ARE FOR THE READER'S USE

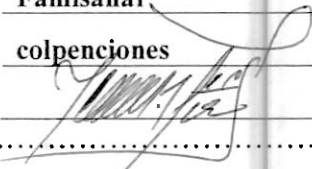
THESE NOTES ARE FOR THE READER'S USE

THESE NOTES ARE FOR THE READER'S USE

 E.S.E. HOSPITAL <small>MARIO GAITAN YANGUAS</small>	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gestión del Talento Humano	CÓDIGO	SSO-FTO-01
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	03/02/2021

ARL Colpatria

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Jose Alfredo Peña Sanchez
 N° Documento: 19321670
 Fecha de Nacimiento: 15/01/1958
 Dirección: Carre 6A este #30ª-11 interior 13
 Teléfono. Fijo – Celular: 3046796950
 E-mail: Chupito58@hotmail.com
 EPS: Famisanar
 AFP: colpensiones
 Firma Contratista: 

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____
 Fecha Finalización: _____
 Valor mensual: _____
 Valor Total: _____
 VoBo Área Contratación: _____

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____
 Firma responsable Afiliación: _____

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.



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: 19321670
Nombre: JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ
Fecha Inicio contrato: 01/10/2022
Fecha Fin contrato: 30/11/2022
Fecha Inicio cobertura: 01/10/2022
Número contrato: 09629
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal SUCURSAL 1
Centro de trabajo CTRAB 003
Fecha hora transacción: 29/09/2022 10:32:19 a.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

5/07/2022

II

N

N

7/12

7/12

4

11

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

2)

2)

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

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

Yo, **JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **19321670**, expedida en **BOGOTÁ D.C** en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiese causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

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

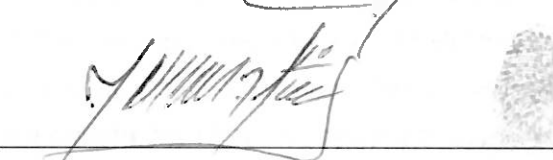
Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas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

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

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 21 / 09 / 2022


Firma y huella

3046796950
Celular No.

Atenciónalusuario@hmg.gov.co
Correo institucional

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

19321670

Fecha nacimiento / Date of birth

15/01/1958

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

Segundo Refuerzo

Lote / Vaccine Batch

ER9449

ER9449

PCA0056

Vacuna / Vaccine

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

Centro vacunador / Administering Center

SOACHA ESE
MUNICIPAL SEDE
SAN MARCOS

SOACHA ESE
MUNICIPAL SEDE
SAN MARCOS

GRANADA CENTRO
DE SALUD

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

08/04/2021

30/04/2021

01/06/2022

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

En cola / In queue

En cola / In queue

En cola / In queue

Fecha de emisión del documento / Document issued

21/09/2022

21/09/2022

21/09/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsud.gov.co



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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

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

Ver certificado en MIVacuna

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

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here

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

View certificate in MIVacuna

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	30-06-16	NOISN4052	[Firma]
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	30-06-16	12276	[Firma]
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	30-06-16	UYA14024	[Firma]
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	22-10-13	Sanofi	Isos	Carmar
Contra Influenza	26-04-15	Exco	8501047	[Firma]
Otras				
HA	15-01-14	AHA VB60200		[Firma]

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Jose Alfredo

Apellidos:

Peña Sanchez

Documento de Identidad:

CC ☒ TI ☐ PASA-
PORTE No. 19321670

Fecha de Nacimiento:

Día: 15 Mes: 01 Año: 1958



República de Colombia

Alcaldía Mayor de Bogotá D. E.

El Instituto Monseñor Montini

**Aprobado por Resolución No. 4702 del 25 de Mayo de 1977
emanada del Ministerio de Educación Nacional**

Teniendo en cuenta que

José Alfredo Peña Sánchez

**Terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes a la Educación
Secundaria y fué aprobado en todas las pruebas reglamentarias
le confiere el Título de**

BACHILLER

El Rector,

La Secretaria,

Bogotá, Noviembre 30 de 1978

Alcaldía Mayor de Bogotá D. E.

Anotado al folio 71-L del Libro de Registro No. 82-1

El Secretario de Educación,

Dado en Bogotá, D.E. a 19 de Octubre de 1978.



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUTO MONSEÑOR MONTINI

En la ciudad de Bogotá D.E. a los 30 días del mes de Noviembre del año 1978 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as), de último grado, los suscritos Rector y Secretaría en la Rectoría del INSTITUTO MONSEÑOR MONTINI. Institución aprobada con resolución No. 4702 del 25 de mayo de 1977 y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D.E., para otorgar el Título de Bachiller.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as), que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el

TITULO DE BACHILLER

al graduando cuyos nombres, apellidos se relacionan a continuación

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 79-C de fecha de Noviembre 30 de 1978, que consta de 82 alumnos graduandos.

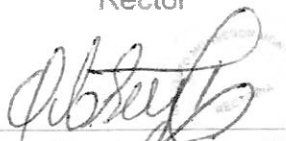
Firmada por

Alberto Reyes Gil
Blanca Lozano

Rector y
Secretaría

Firmada y Sellada

Rector


Alberto Reyes Gil

Secretaria


Blanca Lozano



Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« STELLA VITAE S.A.S »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

JOSE ALFREDO PEÑA

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.C N° 19.321.670

Asistió y aprobo el curso:

**ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE
ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS**

Con una intensidad horaria de 40 horas realizado del día 24 al 26 de ENERO de 2020

Cursos que siguen los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, art.42.90 y la resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 acreditando 40 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años. Lo anterior se firma en bogota d.c el día 26 del mes ENERO del 2020

Alfonso G. G. G. G.
Director General
Stella Vitae S.A.S.

Asesorías, Capacitaciones,
Actualizaciones y Prestación
de Servicios en Salud
Stella Vitae S.A.S.
NIT. 901 175 755-1

Stella Vitae S.A.S.
Repres. Legal
Stella Vitae S.A.S.

Stella Vitae S.A.S.
NIT. 901 175 755-1
Instructor



LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA,

DESDE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA CON GERENCIA DE MUJER Y GÉNERO JUNTO CON EL CENTRO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL (CAIVAS), CASA REFUGIO Y LA FUNDACIÓN COSECHANDO SEMILLAS PAL FUTURO (FUNDACOSEM)

Hacen constar que:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Identificado con C.C. 19321670 asistió y participó en el curso de:

RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Con una duración de 20 horas

Dado en Soacha, el 29 de Mayo de 2018.

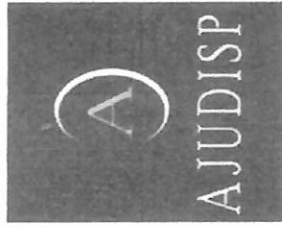
KAROL MIRANDA JIMÉNEZ
GERENTE
Programa Mujer y Género

YUBER ÁNGEL REYES
Psicólogo, profesional de apoyo,
Secretaría de Desarrollo
Social y Participación Comunitaria.

CLAUDIA BUSTAMANTE
Coordinadora Casa Refugio,
Secretaría de Desarrollo
Social y Participación Comunitaria.

JONATHAN MOLINA CUESTA
Representante Legal
FUNDACOSEM.





ASOCIACION AJUDISP

BOGOTÁ-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

NIT. 901364935-1

CERTIFICA:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

QUE:

CC 19321670 DE BOGOTÁ

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

GESTION DEL DUELO

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS



Rafael Iván González Figueroa

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

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

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

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

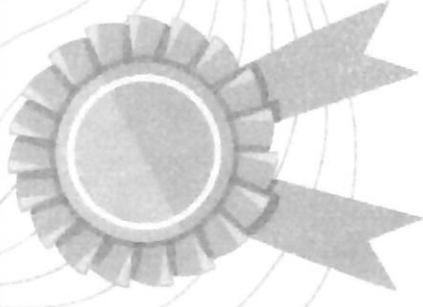
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ, CUNDINAMARCA A LOS 10 DIAS DEL MES DE MAYO DEL 2022



LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha



CERTIFICA QUE:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

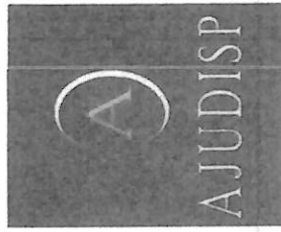
Calificación: 9.82

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: mayo 5, 2022





ASOCIACION AJUDISP

BOGOTÁ-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

NTT. 901364935-1

CERTIFICA:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

QUE:

CC 19321670 DE BOGOTÁ DC

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

CONDUCTOR DE VEHICULOS DE EMERGENCIA - COVE

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS



Rafael Iván González Figueroa

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

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

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

Asociación AJUDISP
NTT. 901364935-1

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ, CUNDINAMARCA A LOS 03 DIAS DEL MES DE MAYO DEL 2022

**RUNT**

Consulta Personas

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

NOMBRE COMPLETO:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

DOCUMENTO:

C.C. 19321670

ESTADO DE LA PERSONA:

ACTIVA

ESTADO DEL CONDUCTOR:

ACTIVO

Número de inscripción:

100820525

FECHA DE INSCRIPCIÓN:

18/07/2013

Licencia(s) de conducción

Multas e infracciones

Información solicitudes rechazadas por SICOV

Información Certificados Médicos

Pagos Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV)

Certificados de aptitud en conducción

Información solicitudes

Información solicitudes de validación de identidad



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 19321670

NOMBRE

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

FECHA DE NACIMIENTO

15-01-1958

SANGRE-RH

AB+

FECHA DE EXPEDICION

22-01-2021

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

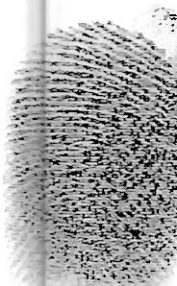


ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA MCPAL DE SOACHA

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	22-01-2026	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	22-01-2022	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC01008734085

Número 19321670

Fecha de expedición: 20/09/2022

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 20 de septiembre de 2022 a las 05:30 p. m. es de carácter gratuito y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

Fecha 06/05/2022 10:44:00 Empresa PARTICULAR

Nombre JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Cargo CONDUCTOR

Doc. Identidad CC 13321670



1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR

2 COOMORBILIDAD

3 OPTOMETRIA

4 AUDIOMETRIA

5

6

7

8

9

Apto para el cargo ☒ ☐ ☐ ☐

Aplazado ☐ ☐ ☐ ☐

No con restricciones ☐ ☒ ☐ ☐

Apto para trabajar en alturas ☐ ☐ ☒ ☐

Apto para trabajar en espacios confinados ☐ ☐ ☒ ☐

Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido ☐ ☐ ☒ ☐

Apto para participar en la brigada ☐ ☐ ☒ ☐

Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista ☒ ☐ ☐ ☐

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones ☐ ☐

Requiere restricciones de actividades ☐ ☐

Requiere reubicación laboral temporal ☐ ☐

Requiere reubicación laboral permanente ☐ ☐

Apto para trabajar en alturas ☐ ☐

Apto para trabajar en espacios confinados ☐ ☐

Apto para trabajar en alturas ☐ ☐

Sospecha de enfermedad Profesional ☐ ☐

Secuelas de Accidentes de Trabajo ☐ ☐

Enfermedad Común ☐ ☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☒ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

REMISIÓN

SI ☐ NO ☒ ARL

SI ☐ NO ☒ EPS

SI ☐ NO ☒

OPTOMETRIA: USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DE CERCA

AUDIOMETRIA: REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, CONDUCIR CON LA VENTANA IZQUIERDA CERRADA, PAUTAS DE CUIDADO

AUDITIVO PROXIMO CONTROL EN UN AÑO.

Monica Alejandra Perez Navarrete
Médica Generalista
C.C. 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y
MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM: RESOLUCION NO 11741

Trabajador: JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ
CC 13321670

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

RIESGO CARDIOVASCULAR: Bajo

1. Pausas activas 5 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Uso de bloqueador solar > 60
4. Limpiar el interior del vehículo antes y después de cada turno: volante, sillas, pisos, manijas, cinturones de seguridad incluyendo la banda y los anclajes, el área de instrumentos, freno de mano, palanca de cambios, manijas de las puertas y ventanas, barandas, torniquetes y todas las partes con la que se esté en contacto.
5. Priorice la ventilación natural antes del aire acondicionado
6. Lavado de manos antes de entrar al vehículo
7. Evite el uso de cojines, decoraciones y accesorios que puedan convertirse en foco de infección.
8. Conducir con la ventana izquierda cerrada, reposo auditivo

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Monica Alejandra Perez Navarrete
C.C. 1030583038

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y
MEDICINA LABORAL
CC: 1030583038 RM: RESOLUCION NO 11741

Trabajador: JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ
CC 13321670

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: CL 12 A # 9 -914 Teléfono: 8822218
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2015@GMAIL.COM

Captura Biométrica

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

NIL 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 - 914
Tel: 8822218

AUDIOMETRÍA



Nombre **JOSE ALFREDO PENA SANCHEZ**

Doc. Identidad **13321670**

Teléfono -

Edad **64**

Cargo **CONDUCTOR**

Antigüedad **25 AÑOS**

Empresa **PARTICULAR**

Fecha **10/05/2022**

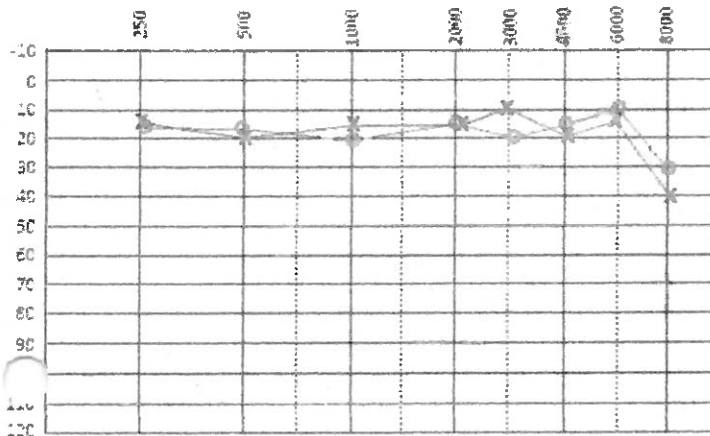
Motivo de consulta

CONTROL

Otoscopia

Anamnesis

NINGUN ANTECEDENTE OTOLÓGICO



WEBER Audiométrico

500 Hz 1000 Hz 2000 Hz 3000 Hz 4000 Hz

OD

OI

Diagnóstico Hipoacusia:

SAL:

Nivel efectivo enmascaramiento

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI											
OD											
VO OI											
OD											

Interpretación

PACIENTE APTO

Diagnóstico audiológico

SIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL CON CAIDA BILATERAL LEVE EN 8 KHZ

Diagnósticos

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Observaciones

REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, CONDUCIR CON LA VENTANA IZQUIERDA CERRADA, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO PROXIMO CONTROL EN UN AÑO.

Modalidad	OD	Inespecifico	OI
V.A	0		X
V.O	<	^	>
VAMASK	1		1
VOMASK	1		1
Campo Libre	0	S	X
MCL	M	M	M
UCL	m	m	m
SF1	A	A ₁	A ₁
V.A SIN RTA	1		X
V.A SIN RTA MASK	1		1
V.O SIN RTA	1		1
V.O SIN RTA MASK	1		1

PROMEDIO TONOS PUROS OD OI

TONOS AGUDOS OD OI

NBN WN SN

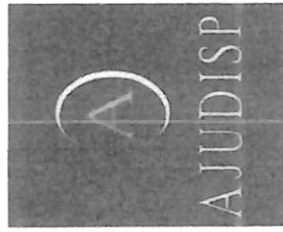
ELI: OD OI

LARSEN MODIFICADO: OD OI

Valores de referencia

Normal	0 a 15 dB HL
Pérdida auditiva mínima	16 a 25 dB HL
Leve	26 a 40 dB HL
Moderada	41 a 55 dB HL
Moderada a Severa	56 a 70 dB HL
Severa	71 a 90 dB HL
Profunda	>91 dB HL

PAULA ANDREA INFANTE URREGO
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
CC: 1013646217 RM:



ASOCIACION AJUDISP

BOGOTÁ-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

NTT. 901364935-1

CERTIFICA:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

QUE:

CC 19321670 DE BOGOTÁ DC

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

PRIMEROS AUXILIOS BASICO

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS



Rafael Iván González Figueroa

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios

Sociales y Políticos

AJUDISP AJUDISP AJUDISP
NTT. 901.364.935-1

Asociación AJUDISP

NTT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa

Presidente AJUDISP

C.C. 1.012.362.780

AJUDISP Asociación AJUDISP AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ, CUNDINAMARCA A LOS 04 DIAS DEL MES DE MAYO DEL 2022



ASOCIACION AJUDISP BOGOTÁ-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

NT. 901364935-1

CERTIFICA:

JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

QUE:

CC 19321670 DE BOGOTÁ DC

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

SOPORTE VITAL BASICO

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS



[Signature]

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios
Sociales y Políticos
NT. 901364935-1
AJUDISP AJUDISP AJUDISP

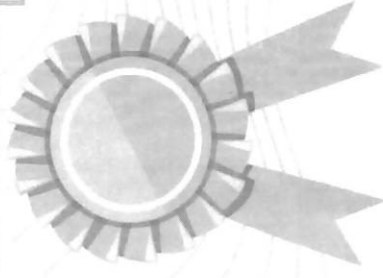
Asociación AJUDISP
NT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1012362780
AJUDISP Asociación AJUDISP AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTÁ, CUNDINAMARCA A LOS 05 DIAS DEL MES DE MAYO DEL 2022

LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA



CERTIFICA QUE:
JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ

Realizó el curso de:

ACREDITACION

Con una Intensidad Horaria de 35 horas

MARIA ALEXANDRA BOLIVAR PINEDA
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión agosto 19, 2022



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA



002-2018

LA OFICINA DE JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL
MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

CERTIFICADO

Que el técnico, JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.321.670, ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

CONTRATO No.	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR	ADICION EN VALOR	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
264	01/04/2014	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA EN LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2.252.000,00		2.252.000,00	01/04/2013 HASTA 31/05/2014
614	01/06/2014	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA EN LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2.000.000,00		2.000.000,00	01/06/2014 HASTA 30/05/2016
390	01/05/2015	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	5.616.000,00	1.872.000,00	7.488.000,00	01/05/2015 HASTA 31/03/2015
922	16/09/2015	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2.580.000,00		2.580.000,00	16/09/2016 HASTA 30/09/2016
391	01/01/2017	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	1.602.432,00		1.602.432,00	01/01/2017 HASTA 31/01/2017
1054	01/12/2017	JOSE ALFREDO PEÑA SANCHEZ	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA EN LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA.	1.400.000,00		1.400.000,00	01/12/2017 HASTA 31/12/2017
LOS CONTRATOS AQUÍ DESCRITOS FUERON EJECUTADOS O SE ESTAN EJECUTANDO, CON TOTAL AUTONOMIA E INDEPENDENCIA POR EL CONTRATISTA.							

Se expide a solicitud del interesado, en Soacha a los Quince (15) días del mes de Enero de 2018.

DIANA VILLANI LADINO
Asesora Jurídica
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas

Proyecto: Leticia Vanegas Garcia

