

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSION	01
		VIGENCIA	01/02/2023

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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	01/02/2023

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

- Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, 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 (Pagina 1-2)

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

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


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

Soacha, 27 de Junio de 2024

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad Soacha

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Luz Stella Vargas Pineda

Cargo: Profesional en Enfermería

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

Cordialmente,



Nombre del Contratista: Luz Stella Vargas Pineda

CC: 1015450893

Dirección: Calle 90 A sur # 21-04 este

Email: luzstellavargaspineda@gmail.com

Teléfono/ Celular: 3223075103

HOJA DE VIDA



INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: Luz Stella Vargas Pineda
Fecha de Nacimiento: 24 de diciembre de 1994
Edad: 29 años
Identificación: 1015450893
Ciudad: Jericó Boyacá
Estado Civil: soltera
Dirección: calle 90A sur # 21-04 este. Villa Rosita
Ciudad Actual: Bogotá
Teléfono: 3223075103
E-mail: luzstellavargaspineda@gmail.com

PERFIL LABORAL

Profesional en enfermería de la Universidad ECCL.

Persona proactiva con excelentes relaciones interpersonales, alta iniciativa y disposición para asumir retos y competencias. Con alto sentido de responsabilidad, planificación y ejecución de metas. persona comprometida, puntual, organizada y flexible en contextos laborales.

FORMACIÓN PROFESIONAL

Profesional en enfermería: Universidad ECCI. 2018-2022

FORMACIÓN TÉCNICA

Técnico auxiliar de Enfermería: Instituto Ingabo. 2015-2016

Secundaria: Colegio Departamental "Fidel Leal y Bernabé Riveros" 2007-2009 (octavo grado).

Secundaria: Colegio Distrital "Simón Bolívar".2010- 2012

EXPERIENCIA LABORAL

-Hospital Meissen

Enfermera profesional en el servicio de sala de partos.

Duración: 17 de noviembre del 2022- 31 de mayo de 2024

-Hospital Mario Gaitán Yanguas

Enfermera profesional en los servicios de hospitalización de ginecología y urgencias pediátricas

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.015.450.893

VARGAS PINEDA

APELLIDOS

LUZ STELLA

NOMBRES

Luz Stella Vargas Pineda
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1994

JERICO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

04-ENE-2013 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00430284-F-1015450893-20130409

0032661648A 1

39740906

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 249603266**



PIB

13:08:11

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de junio del 2024.

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) LUZ STELLA VARGAS PINEDA Identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1015450893:

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>



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

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.

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 jueves 27 de junio de 2024, a las 13:10:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1015450893
Código de Verificación	1015450893240627131007

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 01:17:30 PM horas del 27/06/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1015450893**

Apellidos y Nombres: **VARGAS PINEDA LUZ STELLA**

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)



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, 27/06/2024 02:19:25 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1015450893**.

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. **96081494**. 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](#)

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

515 9000



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

[GOV.CO](#)



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:

"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE

La enfermera LUZ STELLA VARGAS PINEDA identificada con la cédula de ciudadanía número 1.015.450.893, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, el día diecinueve (19) del mes de junio del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,


EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

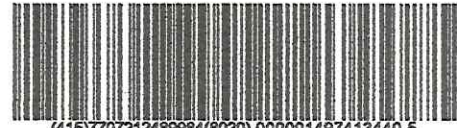
NOTA: Si requiere el documento para trámite de apostilla debe solicitarlo en físico, para que sea firmado a mano alzada.

Carrera 13A N° 106A – 28. Oficina 202, Edificio Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 – Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunacionaleticoenfermeria.com/ trienfer@gmail.com

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14974134405



(415)7707212489984(8020) 000001497413440 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 5 4 5 0 8 9 3

6. DV

6

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 1 5 4 5 0 8 9 3

27. Fecha expedición

2 0 1 3, 0 1, 0 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad y Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

VARGAS

32. Segundo apellido

PINEDA

33. Primer nombre

LUZ

34. Otros nombres

STELLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

USUCACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 90 A SUR 21 04 BRR TIHUAQUE VILLA ROSITA

42. Correo electrónico

luzstellavargaspineda@gmail.com

43. Código postal 1 1 0 1 1 0

44. Teléfono 1

6 0 1 6 7 4 0 5 6 3

45. Teléfono 2

3 2 2 3 0 7 5 1 0 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2, 1 2, 0 9

Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 6 0 8, 0 1

Otras actividades

50. Código

8 6 9 2

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número
establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2024 - 01 - 21 / 04 : 24 : 42

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 1.8.1.2.6 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 VARGAS PINEDA LUZ STELLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

 REGION DE SALUD SOACHA		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:	2024-06-27	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	Enfermera
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Vargas		Pineda		Luz	Stella
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒		C.R. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		1015450893	Bogotá D.C.
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	2013-01-04
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1994-12-24		Jeribó Boyacá		Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐				0	0
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA				CUAL:	Enfermera
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐				CONTRATISTA	PROFESION / OFICIO
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:
calle 90 a sur # 27-04 este		Bogotá		Bogotá D.C.	Colombia
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL, O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
luzstella.vargas.pineda@gmail.com		N/A		PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	PAIS:
N/A		N/A		N/A	N/A
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A		N/A		N/A	N/A
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐		C.R. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		N/A	N/A
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD: N/A
3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO	☐	ESTUDIANTE	☐	PROPIETARIO	☐
SOCIO	☐	CONTRATISTA	☒	EMPLEADO PUBLICO	☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	☐	EMPLEADO SOCIO	☐	OTRA	☐
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE		DECLARA RENTA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒		8599	
		IVA		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
		ICA		AGENTE AUTORETENEDOR	
		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA LA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		ESE Región 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:					

		FORMATO SARLAFT		Código	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	7/6/2022
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO	Ciudad/Municipio	DEPARTAMENTO	PAÍS
Calle 12 No. 10 - 60		730 92 30	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL		Enfermera		FECHA VINCULACION	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	PASIVOS
SALARIOS	\$ 3,726,000	GASTOS FAMILIARES	\$ 800,000	ANEXOS	SALDO HIPOTECA
HONORARIOS		AQUINOS		INVERSIONES	TARJETAS DE CREDITO
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	\$ 4,000,000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	\$ 1,400,000	PROPIEDADES	DEUDAS VEHICULOS
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 800,000	OTROS ACTIVOS*	DEUDAS TERCEROS
TOTAL INGRESOS	\$ 3,726,000	TOTAL EGRESOS	\$ 3,000,000	TOTAL ACTIVOS	\$ 4,000,000
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 al vivir con el Cliente a Contratar y debe ser inscribable en el Registro Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Luisito	Rivera		Diego	Nicolas	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
Calle 80 e # 95C-14 Aptg 408	Bogotá/Colombia		Parja sentimental	3302771240	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
Banco Davivienda	cuenta de ahorros	0550008400763515	20 de Julio	JMKMS	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					CUALI
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ TAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					N/A
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS (FONDOS)					
<p>Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".</p>					
1. Que los recursos que entregue y entregará 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 efectuar transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.					
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas.					
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.					
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el 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					
<p>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.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o despendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>Profesional Independiente/Contratista 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 comador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p>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>					

	FORMATO SARLAFT	Código	TH FTC 45
		Version	0
		Vigencia	7/6/2022

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 Rá.

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

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

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

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

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

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por cada 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 asociados o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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

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

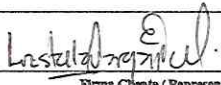
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, 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 ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDADERA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO


 Firma Cliente / Representante Legal


 Huella Índice Derecho



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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LUZ STELLA VARGAS PINEDA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1015450893, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 27 días del mes de Junio de 2.024

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
25285154

CER-AFI

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUZ STELLA VARGAS PINEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.015.450.893, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 27 de Junio del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



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 Vargas	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES Luz Stella	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1015450893	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 24 MES 12 AÑO 1994 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOYACÁ MUNICIPIO JERICÓ		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 90 A SUR #21- ESTE PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ D.C. TELÉFONO 3223075103 EMAIL luzstellavargaspineda@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		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2011

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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	07	2022	1015450893

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

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

FORMATO ÚNICO

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 VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3223075103			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	29	Mes	08	Año	2023	Día		Mes	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA			DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD						DIRECCIÓN CALLE 13 9 85 Calle 13 # 9-85 Soacha			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7300000			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	16	Mes	11	Año	2022	Día	31	Mes	05
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL ENFERMERIA						DIRECCIÓN CARRERA 24C 53 47 SUR código postal 110611			

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO						DIRECCIÓN			

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	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	7

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6

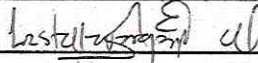
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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 28 de junio 2024

Instituto 

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

Período 01/01/2023 - 31/12/2023

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Luz Stella Vargas

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1015450893

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: CALLE 90 A SUR # 21- ESTE

TELÉFONO: 3223075103

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
María Ana Stella Pineda Avellaneda	23660309	MADRE
Demetrio Vargas Gomez	4139096	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN 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	\$44.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$44.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	CUENTA DE AHORROS	8400763515	20 de julio	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°

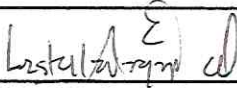
C.C. C.E. T.I.

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 FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Sogcha 28 de Junio 2024

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA 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, 27 de junio de 2024

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Luz Stella Vargas Pineda identificado(a) con cedula No. 1015450893 de Bogotá interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Enfermera 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,



Luz Stella Vargas Pineda

C. C. 1015450893

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	00
	VIGENCIA	05/07/2022	

Soacha, 27 de junio de 2024

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

Yo Luz Stella Vargas Pineda identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1015450893 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,

Luz Stella Vargas Pineda



C.C. No. 1015450893

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

ARL: Axa Colpatria

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Luz Stella Vargas Pineda

N.º Documento: 1015450893

Fecha de Nacimiento: 24/12/1994

Dirección: Calle 90 A sur # 21-04 este

Teléfono. Fijo – Celular: 3223075103

E-mail: luzstellavargaspineda@gmail.com

EPS: Compensar

AFP: Porvenir

Firma Contratista: 

.....

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



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: 1015450893
Nombre: LUZ STELLA VARGAS PINEDA
Fecha Inicio contrato: 10/07/2024
Fecha Fin contrato: 09/12/2024
Fecha Inicio cobertura: 10/07/2024
Número contrato: 12344
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal SUCURSAL 14
Centro de trabajo CTRAB 003
Fecha hora transacción: 08/07/2024 04:32:02 p. m.

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

Soacha 27 de junio de 2024

Señores:

Universidad ECCI

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Luz Stella Vargas Pineda 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: ENFERMERA

Cordialmente;

Firma Luz Stella Vargas Pineda

Nº Documento: 1015450893

Tarjeta Profesional N: 1015450893

Dirección de contacto: Calle 90 A sur # 21-04 este

Teléfono: 3223075103

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	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

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

Yo, Luz Stella Vargas Pineda, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1015450893, expedida en Bogotá, 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 pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

 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
		VERSION	00
		VIGENCIA	5/07/2022

los términos pactados. **CLAUSULA 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 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
		VERSION	00
		VIGENCIA	5/07/2022

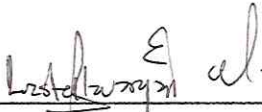
Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas 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	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION 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

Para constancia se firma en Soacha, a los 27 días del mes de Junio de 2024




Firma y huella

Celular No. 3223075103

Correo institucional

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

Soacha, 27 de junio de 2024

Señores

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

Yo Luz Stella Vargas Pineda con C.C. 1015450893 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. 1015450893

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSolid

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Lu2 Stillea

Apellidos:

Vargas Pineda

Documento

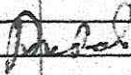
C.C. ~~X~~ T.I. Pasaporte No. 1015450893

Fecha de

Día 24 Mes 12 Año 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	14 FEB 2015	JSUPA	[Firma]
Toxoide Tetánico Diférico Td	1	14 FEB 2015	02430023	[Firma]
	2	23 ABR 2015	02430023	[Firma]
	3	28 NOV 2015	KD74-Y	[Firma]
	4	12 ENE 2016	D22 EE. TODONDE TETANICO 220800117E V.122019	[Firma]
	5	13 DIC 2019		[Firma]
Contra Hepatitis B	1	14 FEB 2015		[Firma]
	2		AMBUC40	[Firma]
	3	25 JUL 2015	UFX4004	[Firma]
	R		143402N08	[Firma]

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		03 MAYO 2019	30-8-17 P3B76 1/8	Waldemar Immuosol
Virus de Papiloma Humano				
Vaxiceen 03.DIC. 2018			VARIJEN LA70C0214A V.08/2019	Waldemar
Vaxiceen 20.ABR. 2019			Flexo. Wac.	

VACUNA	FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTIRABICA	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
	4 DOSIS				
VPH	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
EMPLIEZADA	05/11/20	6/10/20	LOT MFD EXP Fluarix Tetra 2020 South/Sud/Eur 1 dose/DOSES (0.5 ml) Influenza trivalent/inactivated glycerol vaccine adjuvanted 4-Fluorac: 1.5g Inactivated Influenza Virus: 25 - 500 100% Adjuvanted LGK Biologics, 58 Pharma GmbH 81 Co. ES Dinsdorf, Germany		 



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:

www.inmunosalud.com

NFI-900-174-965-3

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

NOMBRES:

JUZ STELLA VARGAS Pineda

DOCUMENTO:

1015450893 TEL

CHAPINERO Carrera 15 No. 51-14 Piso 2 Bogotá, D.C.

PBX 749 53 41

Cels.: 314 293 1612 - 312 416 1246

inmunosalud@outlook.com - www.inmunosalud.com

VACUNA	FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
	REPUESTO				
VARICELA	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
DPTA	1 DOSIS				

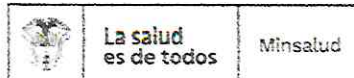
	VACUNA	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTERICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	1 REPUERZO					
	2 REPUERZO					
TOXOIDE TETÁNICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	REPUERZO					
PERTENES A	1 DOSIS					
	2 DOSIS					

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Luz Stella

Apellidos:

Vargas Pineda

Documento de identidad:

C.C. X T.I.

Pasaporte

No.

1015450893

Fecha de nacimiento:

Día

Mes

Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Difterico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

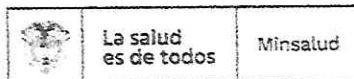
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	11-10-21	VBBS	USE Victorid
Otras		05/11/22	US00-2003	Milena T

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Luz Stella

Apellidos:

Vargas Pineda

Documento de identidad:

C.C. T.I.

Pasaporte

No.

1015450893

Fecha de nacimiento:

Día

Mes

Año

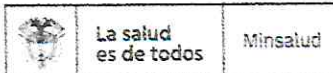
24 12 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Difterico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	Julio 2023	Bulanten	2300A HPH
Otras				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Luz Stella.
Apellidos: Vargas Pineda.
Documento de identidad: C.C. ~~X~~T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

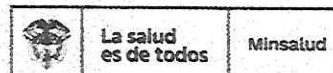
No. 1015450893

Fecha de nacimiento: Día 24 Mes 12 Año 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	04-03-21	Pfizer	EN1145	S.R.C.O. la victoria	Anggie Leiva Ubillos	1016073694 Auxiliar enfermería
	2	25-03-21	Pfizer	EN1145	S.R.C.O. la victoria	Anggie Leiva Ubillos	Anggie Leiva Ubillos 1016073694
	3	29-11-2021	Moderno	019321A 19-4-22	SRCC	Jeimi Galindo	C.C. 1018440852 Auxiliar enfermería

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Luz Stella
Apellidos: Vargas Pineda
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1015450893

Fecha de nacimiento: Día 24 Mes 12 Año 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	25/07/22	Pfizer	PC1007A	SRCC	Leidy Johanna Diaz	Enfermera Auxiliar C.C. 1003000007
	2	5 julio 31/2023	PFIZER	2F1077A	USS Monson	Maria E Parra	5223799



COLCAN
LABORATORIO CLINICO



110305409

Nombre **VARGAS PINEDA LUZ STELLA**
Identificación **CC 1015450893** Tel. **3223075103**
Edad **27 Años 10 Meses 12 Dias** Sexo **F**
Médico **MEDICOS VARIOS**
No. Ordenamiento

Fecha de recepción: **03-nov.-2022 1:34 pm**
Fecha de impresión: **05-nov.-2022 11:41 am**
Empresa **SEDE CALLE 49**
Sede **SEDE PRINCIPAL COLCAN**
Fecha Validación **04-nov.-2022 6:59:00a.m.**

Final

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE
Metodo: Quimioluminiscencia

MAYOR DE 1000.00 mUI/mL

V. de Referencia:

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

RAFAEL SARACALDO AYALA
CC. 1.012.430.869
MEDICO PATOLOGO

FARIÁN GÓMEZ LAURA NICOLE
CC. 1020837533
BACTERIOLOGA

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1015450893
Nombres y Apellidos	LUZ STELLA VARGAS PINEDA		
Fecha de nacimiento:	24/12/1994		

Neumococo	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
	Adicional				
Td	Primera dosis	14/02/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	024L3002B	IPS SURA OLAYA
	Segunda dosis	25/04/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	024L3002	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Tercera dosis	28/11/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	IPS TANIA SALUD	
	Cuarta dosis	17/01/2017	Toxoide Tetánico y diftérico	D2288	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Quinta dosis	13/12/2018	Toxoide Tetánico y diftérico	IPS VACUNAR COLOMBIA	
Toxoide Tetánico	Quinta dosis	14/12/2018	Tetavax	220800117E	IPS VACUNAR COLOMBIA
Toxoide Tetánico Diftérico	Tercera dosis	28/11/2015	Inmovax	K7284-8	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
Triple viral	Primera dosis	14/02/2015	Trimovax Merieux	J5490-1	IPS SURA OLAYA
	Refuerzo	20/04/2019	Priorix	A69CE795A	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR CALLE 42
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis	14/12/2018	Varilrix	A70CD214A	IPS VACUNAR COLOMBIA
	Segunda dosis	14/11/2019	VARIVAX	SO14073	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 04/11/2022 13:53:19

PREOcupACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUZ STELLA VARGAS PINEDA

C.C 1015450893

EDAD 27 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR ENFERMERA JEFE



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☒

Optometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒

Glic ☐

Col ☐

Trigli ☐

Otros ☐

¿Cuáles?

Énfasis Osteomuscular ☒

Otros ☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE

CONTROL MEDICO RUTINA EPS

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

SE SUGIERE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Ginba Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
E.S.P. DEL COLOMBIANO
E.P.C. 50 1122672017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Doc. Identidad	CC 1015450893	Nombre	LUZ STELLA VARGAS PINEDA	Fecha Nacimiento.	24/12/1994
Entidad	PARTICULAR	Edad	27 años	Ocupación	ENFERMERA JEFE
H.C No	Ingreso ☒	Periódico	☐	Retiro	☐
	Post incapacidad ☐	Trabajo en alturas	☐	Control	☐
Empresa	EXM OCUPACIONAL-VISIOMETRIA	Cargo	ENFERMERA JEFE	Ingreso al SVE	☐
Fondo de Pensión		EPS	COMPENSAR E.P.S.	Antigüedad del cargo	
				ARL	

ANÁLISIS

Último Examen Visual **NO REFIERE** Usa anteojos: SI ☐ NO ☒ VL ☐ VP ☐ PC ☐ Bifocal ☐

Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☐ Frecuencia de uso: Permanente ☐ Ocasional ☐

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI ☐ NO ☐ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual?

Accidentes oculares SI ☐ NO ☐ Cual?

Signos y síntomas: Asintomático ☒ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐

Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de renglón ☐

Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL						LENSOMETRÍA			
CC	VL	VP	SC	VL	VP	ESF	CIL	EJE	ADD
OD				20/20	20/20			•	
OI				20/20	20/20			•	
AO									

EXAMEN EXTERNO				OD	OI	EXAMEN EXTERNO				OD	OI
Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntival	☐	Pterigio N	☐	Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntival	☐	Pterigio N	☐		
Pterigio T	☐	Pinguécula	☐	Nevus	☐	Pterigio T	☐	Pinguécula	☐	Nevus	☐
Blefaritis seborreica	☐	Secreción	☐	Leucoma Corneal	☐	Blefaritis seborreica	☐	Secreción	☐	Leucoma Corneal	☐
Ptosis palpebral	☐	Otros:			Ptosis palpebral	☐	Otros:				

MOTILIDAD OCULAR			INTERPRETACIÓN	
VL: ORTHO	VP: ORTHO	HISHBERG: CENTRADO	OD	OI
Ducciones: NORMAL	Versiones: NORMAL	PPC: 4 CM	No requiere corrección óptica	☒ ☒

TEST OCUPACIONALES				INTERPRETACIÓN	
Visión cromática		Vis. profun.	Vis. confron.	Defecto refractivo adecuadamente corregido	☐ ☐
OD Normal ☒	Discromatopsia ☐	Ceguera al color ☐	40 DE ARCO	Defecto refractivo inadecuadamente corregido	☐ ☐
OI Normal ☒	Discromatopsia ☐	Ceguera al color ☐		Defecto refractivo no corregido	☐ ☐
				Gafas no formuladas	☐ ☐

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA		RECOMENDACIONES	
Emetropía	☒ ☒	Valoración por optometría clínica	☐
Ametropía	☐ ☐	Valoración por oftalmología	☐
Disminución visual	☐ ☐	Control Visiometría	☒
Otros:	☐ ☐		

RETROSCOPÍA				SUBJETIVO				DP:	
Refracción:				Subjetivo:				DP:	
	Esfera	Cilindro	Eje		Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD				OD					
OI				OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

CONCEPTO

☐ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

Yuly Garzón Posada
Optómetra Especialista en
Servicio en Atención Laboral, SST
Hoy, 7 de Mayo de 2019

YULY GARZON POSADA
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 1013579617 RM:



Libertad y orden

República de Colombia Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

Universidad ECCJ

Resolución No. 13370 del 19 de Agosto de 2014 por el M.E.N

Confiere a

Luz Stella Vargas Pineda

C.C. 1015450893 de Bogotá D.C.

El título de :

Enfermera

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente Diploma en la Ciudad de Bogotá D.C.
a los 28 días del mes de julio de 2022



UNIVERSIDAD ECCJ



[Firma]

Secretaría General

[Firma]

Rector

[Firma]

Decana de Facultad

El registro correspondiente a este diploma se encuentra anotado en el libro 6, folio 112, No. de Registro 2444 y reposa en los archivos de esta institución

© Xertify Código: 6B93FF3A001

Verificar





UNIVERSIDAD ECCI

ACTA DE GRADO NO. 016

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD ECCI

APROBADA POR RESOLUCIÓN NO. 13370 DE AGOSTO 19 DE
2014 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

En Bogotá D.C., a los veintiocho (28) días del mes de julio de 2022 siendo las 3:00 p.m, se llevó a cabo la emisión digital de los documentos de grado del(a) estudiante VARGAS PINEDA LUZ STELLA, identificado(a) con la C.C. No. 1015450893 expedida en Bogotá D.C., quien aprobó satisfactoriamente el plan de estudios correspondiente y cumplió con las condiciones académicas requeridas por la Institución. Como opción de grado realizó el CICLO COTERMINAL de la ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, obteniendo una calificación de 4.6 (Cuatro Punto Seis) con concepto Aprobatorio(a). En virtud de lo anterior y en representación de la Universidad, el señor Rector previa toma de juramento le confirió el título de ENFERMERA.

Para constancia se firma la presente.

DR. FERNANDO ARTURO SOLER LÓPEZ
RECTOR

ESP. LUISA MARÍA HINCAPIÉ ROZO
SECRETARIA GENERAL

MSC. RUTH JANNETT ZAMORA VALENCIA
DECANA DE FACULTAD

VIGILADA MINEDUCACION





GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINISTERIO
DE SALUD

MINISTERIO
DE SALUD



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

LUZ STELLA VARGAS PINEDA

CC 1.015.450.893

Universidad Ecci

Bogotá D.C.

Fecha de Expedición Diploma: 28/07/2022

Fecha de Inscripción en Rathus: 19/08/2022



51549

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la
Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la
Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1015450893

Primer Nombre

Luz

Primer Apellido

Vargas

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9366

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-06-28→4:22:54 AM

Tipo	Nro.	Primer Segundo Estado				Detalles
		Identificación	Nombre	Apellido	Identificación:	
CC	1015450893	LUZ	STELLA	VARGAS	PINEDA	Vigente Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LUZ STELLA VARGAS PINEDA identificado(a) con CC 1015450893 registra La siguiente información:

2024-06-28→4:22:54 AM

Información Académica

Tipo	Origen	Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer	Acto	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

Administrativo

AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016-08-17	9576	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	AUXILIAR EN SALUD PUBLICA	2016-08-17	9577	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
UNV	Local	ENFERMERIA	2022-08-18	1015450893	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA NO APLICAI	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

LUZ STELLA VARGAS PINEDA

C.C. 1015450893

Como asistente al curso *Víctimas de Violencia*
con Agentes Químicos

Con una intensidad de 6 horas

El presente se expide el 29 de septiembre de 2022

María Angelina Quiñones

María Angelina Quiñones Sandoval

C.C. 52.279.748

Director Técnico de Urgencias



Marco Antonio Murillo Niño

C.C. 2.971.522

Líder Ruta de Agresiones
Accidentes, Traumas y Violencia

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Luz Stella Vargas Pineda

Realizó el curso de:

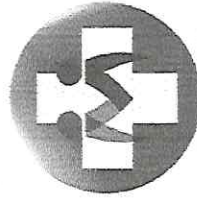
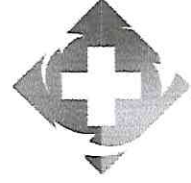
CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una Intensidad Horaria de 12 horas

SANDRA MILENA DUARTE CASTRO
CAPACITADOR

DRA. ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: octubre 14, 2023



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA



CUNDINAMARCA
QUE PROTEGE
EN COMUNICACIÓN



La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

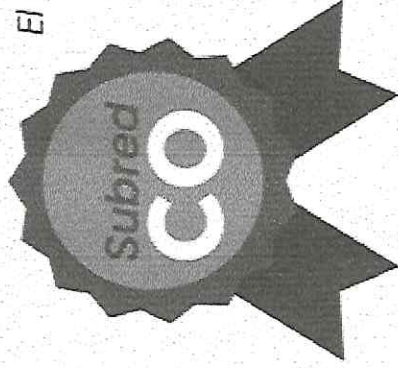
LUZ STELLA VARGAS PINEDA

C.C. 1015450893

Como asistente a la capacitación y
sensibilización de Gestión del Duelo

Con una intensidad de 2 horas

El presente se expide el 24 de agosto de 2022 y cuenta con
una validez de dos (2) años.



Jme

Jairo Eduardo Torres Castañeda

C.C. 19.466.333

Médico Oficina de Calidad

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA



CERTIFICA QUE:

Luz Stella Vargas Pineda

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

Fecha de Emisión: junio 27, 2024



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

DR. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO



	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) VARGAS PINEDA LUZ STELLA ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1,015,450,893 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	7922 de 2022
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$8,362,200
FECHA DE INICIO	16/11/2022
FECHA DE TERMINACIÓN	31/01/2023
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	ENFERMERO

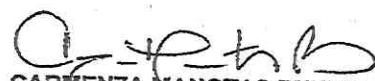
OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Prestar servicios de apoyo como profesional de enfermera en la Subred Sur con el pleno conocimiento de los estándares de calidad y oportunidad, seguros, eficientes y humanizados y cumplimiento de protocolos y guías de manejo de la Entidad durante el tiempo de disponibilidad indicando en su propuesta. 2. Cumplir la meta de producción acordada con el supervisor de contrato para efectos de las actividades y/o productos del servicio contratado. 3. Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica con plena autonomía y pertinencia. 4. Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante. 5. Diligenciar completamente la historia clínica dando cumplimiento a las características de la misma, integridad, secuencialidad, coherencia, pertenencia, racionalidad científica (forma lógica, clara y completa) disponibilidad y oportunidad, cumpliendo con los parámetros exigidos de calidad y la normatividad legal vigente en la información registrada y demás documentos adoptados por la Subred y por la exigida por el Decreto 3518 de 2006, en ocasión de la ejecución de los pactados en el presente contrato. 7. Realizar la toma de las muestras de los pacientes sospechosos y/o positivos para covid. 8. Realizar registros en los aplicativos de Dinámica Gerencial y SIDCRUE de las atenciones realizadas. 9. Realización confirmación telefónica con los usuarios a los cuales se les va a realizar la toma de las muestras. 10. Realizar seguimiento telefónico a los usuarios que se encuentren en el programa. 11. Demás actividades inherentes a su objeto contractual.

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

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los treinta y un (31) días del mes de Mayo de 2024.

Cordialmente,


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

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

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

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: rimaoj6dr1

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur -- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1	

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) VARGAS PINEDA LUZ STELLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1,015,450,893 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	2282 de 2023
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$43,195,100
FECHA DE INICIO	07/02/2023
FECHA DE TERMINACIÓN	31/01/2024
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	ENFERMERO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1). Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E., de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. 3). Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya). 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. 5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institución. 6). Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud. 7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya. 8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales. 9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya. 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

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

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2024.

Cordialmente,

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: [rimaoj6dr1](https://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion)

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

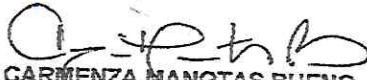
Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

4. 8. 2024

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1



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

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

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: [rimaoj6dr1](#)

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur — Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) VARGAS PINEDA LUZ STELLA; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,015,450,893 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	1632 de 2024
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$17,897,880
FECHA DE INICIO	01/02/2024
FECHA DE TERMINACIÓN	30/06/2024
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	ENFERMERO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1). Prestar servicios de perfil Enfermero(a) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. 3). Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya). 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas Universales de bioseguridad. 5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institución. 6). Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud. 7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya. 8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales. 9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya. 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

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

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2024.

Cordialmente,

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: rimaoj6dr1

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur — Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© S.E.S. 2020

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
1015450693	LUZ STELLA VARGAS PINEDA	17/11/2017 2:03:41 PM	17/11/2017 2:03:41 PM	Aceptado

Cancelar evento de pagación

Nuevo registro