| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL EMPLEADOR** | I.P.S.I EREJEERIA WAYUU |
| **DIRECCION DEL EMPLEADOR** | Calle 17 N°16-55 |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR** | DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA |
| **CEDULA DE CIUDADANIA** | 56.085.837 de Maicao, La Guajira |
| **CARGO A DESEMPEÑAR** | Auxiliar de Enfermería |
| **TERMINO CONTRACTUAL** | OPS |
| **LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁ** | Maicao, La Guajira |
| **FECHA DE INICIO LABORES** | 20 de mayo 2024 |
| **FECHA FINALIZACION DE CONTRATO** | 30 de diciembre de 2024 |
| **VALOR DEL CONTRATO** | Dieciocho Millones cuatrocientos dieciséis Mil seiscientos sesenta y siete Pesos M/L ($18.416.667) |

Entre la **I.P.S.I EREJEERIA WAYUU,** entidad de salud, constituida y domiciliada en el Municipio de Maicao La Guajira, autorizada por el Departamento Administrativo de Salud de La Guajira, por medio de la Resolución No.44191 de 22 de junio de 2004, y código prestador N° 4443000476-01 para la prestación de servicios de salud, Bajo el NIT. 839.000.936-2; representada en este acto por el ciudadano, **ORANGEL RAMIREZ,** colombiano, mayor de edad, domiciliado en el Municipio de Maicao, La Guajira, identificado como aparece al pie de su correspondiente firma, el cual en lo sucesivo y a los efectos de este contrato se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte, y por la otra, la ciudadana **DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA**, Colombiana, mayor de edad, domiciliada en el municipio de Maicao, identificada como aparece al pie de su correspondiente firma, quien en lo sucesivo y a los efectos de este contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, se ha convenido en celebrar, a través del presente documento, con las siguientes clausulas: **PRIMERA- OBJETO: EL CONTRATISTA** En calidad de trabajador independiente, implementará el plan de intervenciones colectivas como estrategias para la ejecución de las acciones en salud pública, sentencia T-302 de 2017, como Auxiliar de enfermería seguridad alimentaria y nutricional, con su capacidad normal de trabajo, en el desempeño de las funciones propias de su oficio, en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las instrucciones que le imparta el contratante acorde con la organización interna de La Entidad. **SEGUNDA- SESION DE LA ORDEN DE SERVICIO: EL CONTRATISTA,** no podrá ceder la orden de servicio total o parcialmente, sin previo consentimiento escrito del CONTRATANTE, sin que ello altere la responsabilidad inherente del presente acuerdo de voluntades. **TERCERA - SUSPENSION**: Para el efecto de esta orden de servicio **EL CONTRATISTA,** estará exento de responsabilidades o penalidades por atraso de esta orden de servicio siempre que tenga ocurrencia por caso fortuito o por fuerza mayor, tendrá la obligación de informar de forma inmediata para que se produzca la suspensión del plazo, mientras se supera el imprevisto. **CUARTA -TERMINACION E INTERPRETACION UNILATERAL**: Ala presente orden de servicio son aplicables las normas contempladas en los artículos 15, 16 y 17 de la ley 80 de 1993 sobre estos principios. **QUINTA - CADUCIDAD: EL CONTRATANTE**, se reserva la facultad de declarar mediante acto administrativo motivada la caducidad de la presente orden de servicio, en caso de presentarse algún hecho constitutivo de incumplimiento de sus obligaciones por parte del **CONTRATISTA**, que pueda perjudicar gravemente el objeto del mismo. **SEXTA - SOLUCION DE CONTROVERSIA: EL CONTRATANTE y EL CONTRATISTA** procurarán una solución directa ágil y práctica de cualquier controversia que surja durante la ejecución de la presente orden de servicio, bien sea conciliación o transacción. **SEPTIMA – RESPONSABILIDAD: EL CONTRATANTE:** No se hace responsable de lo que llegara a suceder al **CONTRATISTA** a consecuencia de las epidemias y/o afecciones o Riesgos Profesionales que pudiese contraer cuando estas se produjeran en virtud de la prestación del servicio, por su falta de responsabilidad, por no utilizar y dar buen uso a los equipos y elementos de protección personal. **OCTAVA – OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** El Contratista en calidad de trabajador independiente, se obliga para con **EL CONTRATANTE** – a: 1) Desarrollar planes de cuidados nutricional para los pacientes identificados con riesgo nutricional o mal nutrición, valorar estado nutricional del paciente y establecer necesidades nutricionales. 2) Cumplir técnicamente con el desarrollo del sistema de información en salud publica colectiva según las necesidades. Interactuar técnicamente con los equipos básicos de salud, de conformidad con lo establecido en los lineamientos para la operación de dichos equipos y las demás disposiciones que para el efecto expida el ministerio de salud. 3) Las actividades desarrolladas deben ser ejecutadas de conformidad con las características de calidad y mediante el trabajo en equipo orientado por el referente de cada dimensión. 4) Lograr que las intervenciones colectivas se ejecuten y monitoreen con la calidad y cantidad de los datos que sean reportados como auxiliares d enfermería o promotor de salud del PIC, en el marco de la política pública de participación social en salud. 5) Realizar las intervenciones colectivas, de tal manera que se orienten a complementar las intervenciones individuales, monitoreando los instrumentos de caracterización familiar, identificación de riesgos individuales y colectivos, actividades de canalización seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud según necesidad y plan de cuidado individual y familiar, bajo la orientación del

| EREJEERIA WAYUU IPS Salud Para Todos Vigilado Supersalud | FORMATO CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL | VERSION:2023 |
|---|---|---|

| FECHA DE ELABORACION | | |
|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO |
| 20 | 5 | 2024 |

RP No. RP 260

| VIGENCIA FISCAL AÑO | 2024 |
|---|---|

| CDP No. | CDP 260 | FECHA: | 20 | 5 | 2024 |
|---|---|---|---|---|---|

| BENEFICIARIO | DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA |
|---|---|
| CC o NIT | 56085837 |
| CONCEPTO DE: | CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL 20/05/2024-30/12/2024SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PIC 2024 |
| LA SUMA DE: | DIECIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS |

IMPUTACION PRESUPUESTAL

| CODIGO PRESUPUESTAL | CAPITULO | RUBRO | VIGENCIA | OBJETO GASTO | CPC | DESCRIPCION CPC | VALOR RP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.4.5.02.09.05 | OTROS SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS ASISTENCIALES | GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION | 2024 | Gastos de operación comercial | 92099 | | 18,416,667 |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| VALOR TOTAL | | | | | | | 18,416,667 |

JENIS MARIA GONZALEZ LOBO
JEFE DE PRESUPUESTO (E)

EREJEERIA WAYUU IPSI
¡Salud Para Todos!
Vigilado SupersalUd

# CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

VERSION:2023

| FECHA DE ELABORACION | | |
|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO |
| 20 | 5 | 2024 |

CDP No. **CDP 260**

| VIGENCIA FISCAL | 2024 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| SOLICITADO POR: | ORANGEL RAMIREZ |
| CONCEPTO DE: | CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL 20/05/2024-30/12/2024SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PIC 2024 |
| LA SUMA DE: | DIECIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS |

*La suscrita Jefe de Presupuesto Certifica que en el (los) rubro (s) detallado (s) a continuacion, para la presente vigencia fiscal existen apropiaciones disponibles libres de afectacion para la asunción de compromisos; con cargo a:*

| CODIGO PRESUPUESTAL | CAPITULO | RUBRO | VIGENCIA | OBJETO GASTO | CPC | DESCRIPCION CPC | VALOR CDP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.4.5.02.09.05 | OTROS SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS ASISTENCIALES | GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION | 2024 | Gastos de operación comercial | 92099 | | 18,416,667 |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| 0 | | | 0 | | 0 | | - |
| VALOR TOTAL CDP | | | | | | | 18,416,667 |

*LA SOLICITUD DE DIPONIBILIDAD PRESUPUESTAL SI PUEDE TRAMITARSE PORQUE ESTÁ PROGRAMADO Y TIENE DISPONIBILIDAD EN EL PAC Y TIENE UNA VIGENCIA DE TRES (03) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN*

**JENIS MARIA GONZALEZ LOBO**
*JEFE DE PRESUPUESTO (E)*

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 | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
|---|---|---|
| TORRES | MENDOZA | DILIA MARGARITA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] PAS [ ] No. 56.085.837

SEXO: F [X] M [ ]

NACIONALIDAD: COL [X] EXTRANJERO [ ] PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE [ ] SEGUNDA CLASE [ ] NÚMERO _____ D.M. _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 23 MES 02 AÑO 1973

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: LA GUAJIRA

MUNICIPIO: MAICAO

DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA: CALLE 15A # 36-95

PAIS: COLOMBIA DPTO: LA GUAJIRA

MUNICIPIO: MAICAO

TELÉFONO: 3136693246 e-mail: aranza12262001@gmail.com

3017466094

## 2 FORMACIÓN TÉCNICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | |
| 1o | 2o | 3o | 4o | 5o | 6o | 7o | 8o | 9o | 10o | 11o |
| | | | | | | | | | | X |

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER COMERCIAL

FECHA DE GRADO: 14/12/2001

MES 12 AÑO 2001

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ÓRDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGÍSTER) 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 4 | X | | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 12 | 2006 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECIFÍQUE 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 ÓRDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| **ENLASALUD IPS S.A.S** | | X | **COLOMBIA** |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| **LA GUAJIRA** | **MAICAO** | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7252165 | DÍA 01 MES 02 AÑO 2019 | DÍA 14 MES 03 AÑO 2019 |

| CARGO CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| **AUXILIAR DE ENFERMERIA** | | Calle 16 N° 16-50 |

**CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| **KASUWA** | | X | **COLOMBIA** |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| **LA GUAJIRA** | **MAICAO** | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 01 MES 01 AÑO 2017 | DÍA 15 MES 12 AÑO 2017 |

| CARGO CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| **APOYO EN SALUD Y NUTRICIÓN** | | Calle 22 con KRA 15, Barrio San Martin |

**CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| **KASUWA** | | X | **COLOMBIA** |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| **LA GUAJIRA** | **MAICAO** | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 12 MES 06 AÑO 2016 | DÍA 15 MES 12 AÑO 2016 |

| CARGO CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| **APOYO EN SALUD Y NUTRICIÓN** | | Calle 22 con KRA 15, Barrio San Martin |

**CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL** | X | | **COLOMBIA** |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| **LA GUAJIRA** | **RIOHACHA** | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7275007 | DÍA 02 MES 05 AÑO 2014 | DÍA 02 MES 01 AÑO 2015 |

| CARGO CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| **AUXILIAR EN SECRETARIA DE SALUD** | | EDIF. GOBERNACIÓN / AV. LA MARINA No. 6-05 |

**CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| **IPS SOL WAYUU** | | X | **COLOMBIA** |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| **LA GUAJIRA** | **MAICAO** | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3017874440 | DÍA 24 MES 03 AÑO 2011 | DÍA 24 MES 09 AÑO 2011 |

| CARGO CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| **AUXILIAR DE ENFERMERIA** | | CALLE 17 No. 12-35 |

**NOTA:** *SI REQUIERE ADICIONAR MÁS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.*

FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA LABORAL

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | 9 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 3 | 5 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL: TIEMPO DE EXPERIENCIA** | 3 | 14 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

## 6 OBSERVACIÓN 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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

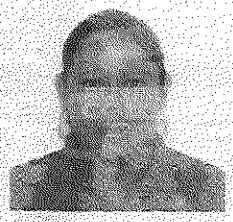
NUMERO **56.085.837**

**TORRES MENDOZA**

APELLIDOS

**DILIA MARGARITA**

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1973**

**MAICAO**
**(LA GUAJIRA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.49** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**14-JUN-1993 MAICAO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4801000-00251443-F-0056085837 20100823 **0023**512501A 1 3429080 31

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
SECRETARIA DE SALUD DE LA GUAJIRA
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
INSCRIPCION DE PROFESIONALES



**DILIA TORRES MENDOZA**
**C.C. 56.085.837 de MAICAO**
**Prof: AUX. DE ENFERMERIA**
**INSCR. No.0021. 17-01-2007**

Secretario Departamental de salud

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141052363261

(415)7707212489984(8020) 000014105236326 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 6 0 8 5 8 3 7 | 6 | Impuestos y Aduanas de Riohacha 2 5 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 6 0 8 5 8 3 7 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | La Guajira 4 4 | Maicao 4 3 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TORRES | MENDOZA | DILIA | MARGARITA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | La Guajira 4 4 | Maicao 4 3 0 |

41. Dirección principal: CL 15 A 36 95 BRR SAN FRANCISCO

42. Correo electrónico: aranza12262001@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 6 6 9 3 2 4 6 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 1 9 9 6 1 2 0 5 | | | | | 5 1 3 2 | |

### 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 2 2

22- Obligado a cumplir deberes formales a

### 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 - 06 - 28 / 09 : 35: 24

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TORRES MENDOZA DILIA MARGARITA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia
y en su nombre la

# CORPORACIÓN EDUCATIVA HUMANAR

Personería Jurídica 286 de marzo 26 de 1.999
Resolución No. 049 de marzo 23 de 2.001 Secretaría de Educación de La Guajira
Acuerdo No. 38 de marzo 8 de 2.000 Ministerio de Salud
Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Teniendo en cuenta que:

*Dilia Margarita Torres Mendoza*

C.C. No. 56.085.837 de Maicao

Terminó satisfactoriamente los estudios teórico-prácticos en Salud, correspondientes al Programa Auxiliar de Enfermería, con una duración total de 1.800 horas, otorga el presente certificado de Aptitud Ocupacional que lo acredita como:

# AUXILIAR DE ENFERMERIA

En fé de lo cual firmamos y sellamos este certificado en Riohacha, La Guajira

A los 07 días de Diciembre de 2006

Dirección Académica

Dirección Administrativa

Coordinador de Programa

# REPUBLICA DE COLOMBIA

# CORPORACION EDUCATIVA HUMANAR
## FILIAL RIOHACHA

**PERSONERÍA JURÍDICA No. 286 DE MARZO 26 DE 1.999**
**RESOLUCIONES SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE LA GUAJIRA**
**No. 040 DE ABRIL 11 DE 2000, 049 MARZO 23 DE 2001, 240 OCTUBRE 9 DE 2001 Y 118 DICIEMBRE DE 2004**
**APROBACIÓN MINISTERIO DE SALUD**
**ACUERDO No. 38 DE MARZO 8 DE 2000, 042 DE OCTUBRE 24 DE 2000 Y 058 DE MARZO 16 DE 2004**
**EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO**

***ACTA INDIVIDUAL DE ENTREGA DE CERTIFICADOS No.*** 28022006B13

# *AUXILIAR DE ENFERMERIA*

Reunidos en la sede de la ***Corporación Educativa Humanar*** filial Riohacha, entidad educativa sin ánimo de lucro, los abajo firmantes en calidad de Director Académico, Director Administrativo, Coordinador de Programa y Representante Legal, dejamos constancia que una vez revisados los libros correspondientes encontramos que:

**Que:** ***DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA***

**C.C. No.** ***56.085.837 DE MAICAO.***

Cumplió con todos los requisitos teóricos prácticos correspondientes al programa de AUXILIAR DE ENFERMERIA con una duración de 1800 horas, decide en consecuencia otorgar el CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL que acredita al egresado para ejercer el oficio de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Se firma esta acta en Riohacha La Guajira, a los 7 días del mes de Diciembre de año 2.006.

*DIRECTOR ACADEMICO*

*COORDINADOR*

*DIRECTOR ADMINISTRATIVO*

*REPRESENTANTE LEGAL*

CERTIENFERMERIA Plus

# CERTIENFERMERIAPLUS
# NIT: 1007782997-9

**CERTIFICA QUE**

DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA

**IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 56085837**

Asistió al Curso de:

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL

**CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 45 HORAS**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 4 DÍASDEL MES DE JUNIO DE 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

ANDREA DAZA
DIRECTORA ACADEMICA

STEFANY TAUTIVA
GERENTE GENERAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

RETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CERTIENFERMERIA Plus

# CERTIENFERMERIAPLUS
# NIT: 1007782997-9

**CERTIFICA QUE**

DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA

**IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 56055837**

Asistió al Curso de:

ATENCION A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO PAPSIVI

**CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 45 HORAS**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 4 DÍASDEL MES DE JUNIO DE 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.**

**ANDREA DAZA**

**DIRECTORA ACADEMICA**

**STEFANY TAUTIVA**

**GERENTE GENERAL**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA**

RETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CERTIENFERMERIA Plus

# CERTIENFERMERIAPLUS
# NIT: 1007782997-9

## CERTIFICA QUE

DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA

## IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 56055837

## Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA AIEPI

## CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 45 HORAS

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 4 DÍASDEL MES DE JUNIO DE 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

ANDREA DAZA

DIRECTORA ACADEMICA

STEFANY TAUTIVA

GERENTE GENERAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

RETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CERTIENFERMERIA Plus

# CERTIENFERMERIAPLUS
# NIT: 1007782997-9

**CERTIFICA QUE**

DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA

**IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 56085837**

Asistió al Curso de:

ESTRATEGIA INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAMI)

**CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 45 HORAS**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 4 DÍASDEL MES DE JUNIO DE 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.**

**ANDREA DAZA**
**DIRECTORA ACADEMICA**

**STEFANY TAUTIVA**
**GERENTE GENERAL**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA**

RETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CERTIENFERMERIA Plus

# CERTIENFERMERIAPLUS
# NIT: 1007782997-9

## CERTIFICA QUE

DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA

## IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 56055837

## Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BASICO BLS

## CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 45 HORAS

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 4 DÍASDEL MES DE JUNIO DE 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.**

**ANDREA DAZA**

**DIRECTORA ACADEMICA**

**STEFANY TAUTIVA**

**GERENTE GENERAL**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA**

RETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CERTIENFERMERIA Plus

# CERTIENFERMERIAPLUS
# NIT: 1007782997-9

## CERTIFICA QUE

DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA

## IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 56055837

## Asistió al Curso de:

DESNUTRICIÓN

## CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 45 HORAS

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 4 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

ANDREA DAZA

**DIRECTORA ACADEMICA**

**STEFANY TAUTIVA**

**GERENTE GENERAL**

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

RETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

BBVA

**BBVA COLOMBIA**
**NIT 860.003.020-1**

**CERTIFICA**

Que **DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 56.085.837** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130466000200315280** aperturada el **20 de febrero de 2017**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **466315280**
10 dígitos: **0466315280**
16 dígitos: **0466000200315280**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **04** de **junio** de **2024** a las **16:33**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

**FORMULARIO UNICO**
**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS**
**Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**
**PERSONA NATURAL**
**(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA

IDENTIFICADO CON: C.C. ☑ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 56.085.837 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | COLOMBIA | Departamento | LA GUAJIRA | Municipio | MAICAO |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección | CALLE 15A # 36-95 BARRIO SAN FRANCISCO | | | Teléfonos | 3136693246 |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| VALEXCA VIDES TORRES | CC 1006746442 | HIJA |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** ☐ **PARA RETIRARME** ☐ **PARA ACTUALIZACION** ☑ **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 | 1.000.000 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | - |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ 1.000.000 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BBVA | AHORROS | 466315280 | MAICAO | $ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**EMPLEADOR O CONTRATANTE**

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

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

## 1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

c)En la actualidad: **SI** ☐1 **NO** ☑2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION<br>C.C. ☐1 C.E. ☐2 T.I ☐3 | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

Dictadores

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Maicao, 28 de Junio de 2024

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA**
**LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770**

# ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

56085837

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *




Cambiar

5060

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

**Resultado General -2024-06-28—9:39:55 AM**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 56085837 | DILIA | MARGARITA | TORRES | MENDOZA | Vigente |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA identificado(a) con CC 56085837 registra La siguiente información:**

**2024-06-28—9:39:55 AM**

**Información Académica**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **AUX** | **Local** | **Auxiliar de enfermería** | **2007-01-17** | **21** | **DTS DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL** |

**La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo**

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 244112687

PIB
15:20:01


Bogotá DC, 27 de marzo 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) DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 56085837:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento 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.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# 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 miércoles 27 de marzo de 2024, a las 15:20:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 56085837 |
| Código de Verificación | 56085837240327152048 |

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

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 03:19:32 PM horas del 27/03/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **56085837**

Apellidos y Nombres: **TORRES MENDOZA DILIA MARGARITA**

**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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/06/2024 10:27:23 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **56085837 .**

## 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. **96141861** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **56.085.837**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 28 de Junio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a* www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 56085837 |
| NOMBRES | DILIA MARGARITA |
| APELLIDOS | TORRES MENDOZA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | LA GUAJIRA |
| MUNICIPIO | MAICAO |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | CAJACOPI EPS S.A.S | SUBSIDIADO | 01/01/2020 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 07/04/2024 16:42:10 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

Señores

**IPSI EREJEERIA WAYUU**

**Maicao, La Guajira**

Olga Margarita Torres Mendoza identificado(a) con c.c. 56085837 de Maicao, en mi condición de trabajador independiente y futuro contratista de la **IPSI EREJEERIA WAYUU,** autorizo a la Entidad para adelantar los trámites requeridos para mi Afiliación al Sistema de Riesgos Profesionales, conforme lo establecido en la Ley 1562 de 2012.

En virtud de lo anterior, manifiesto que daré cumplimiento a las normas del Sistema General de Riesgos Profesionales establecidas en la normatividad vigente, en especial las normas y reglamentos del programa de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Unidad.

Así mismo declaro que efectuaré el pago mensual de los aportes que correspondan a la Administradora de Riesgos Profesionales **ARL POSITIVA**, en los términos del contrato que llegare a suscribir con la **IPSI EREJEERIA WAYUU.**

**Firma:** Olga Torres.
**Nombre:** Olga Torres Mendoza
**Cédula:** 56085837

El presente documento hace parte integral del Contrato

| RECURSOS HUMANOS | Aprobación: |
|---|---|
| CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD | DIRECTOR ADMINISTRATIVO |

Versión 1 Fecha: 22/5/2020

| EMPRESA | CIUDAD | FECHA | | |
|---|---|---|---|---|
| | | AÑO | MES | DIA |
| IPSI ERREJERIA WAYUU | MAICAO | 2024 | 5 | 6 |

IDENTIFICACIÓN

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE(S) |
|---|---|---|
| TORRES | MENDOZA | DILIA MARGARITA |

Identificación: C.C. X T.I. C.E. Número 5 6 0 8 5 8 3 7

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA Antigüedad: Años Meses

Dirección Residencia actual: CALLE 15 A N° 36-95 SAN FRANCISCO

EPS : CAJACOPI ARL POSITIVA

Correo electrónico: ARANZA12262001@GMAIL.COM

Celular(s): 3136693246

CONCEPTO

EXAMEN DE INGRESO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| apto sin restriccion | Si | X | No | |
| Apto con limitaciones que no interfieren con el trabajo | Si | | No | |
| No apto temporalmente, aplazado | Si | | No | |
| Requiere exámenes complementarios | Si | | No | |
| No apto para el trabajo que aspira | Si | | No | |

Dr. ARIEL JIMENEZ
MEDICO EN SALUD Y
SEGURIDAD EN EL TRABAJO
RM 440825/95
RES. SST 1103 - 2009

HACEMOS CONSTAR QUE HEMOS REALIZADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL AL TRABAJADOR Y DE ACUERDO A LA RESOLUCION 2346 DE 2007 , LA CUSTODIA YRESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL , LOS DOCUMENTO , EXAAMENES Y VALUACION CLINICA SE ENCUENTRA EN CUSTODIA EN LA EMPRESA

PACIENTE APTO SIN RESTRCCION PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE TIPO ASITENCIAL EN ZONA RURAL .

Osteomuscular a nivel de los diferente segmento corporales la exploracion osteromuscular es normal , no se evidencia en el examen atrofias , ni limitaciones de movilidad significativa o de relevancia ocupacional a la fecha ,optometria normal ,cardiopulmonar ,vascular dentro de limites normales. sin signo de enfermedad laboral, fisico y psicologicamente sano

Recomedaciones: practicar y conservar autocuidado y estilo de vida saludable , actividad fisica diaria 45 minutos.utilizar los elemento de proteccion individual , reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo , buena higiene postural , .

PRESENTA CARNET DE VACUNACION COMPLETO

CLASE DE RIESGO III

RM : 440825/95

Dr. ARIEL JIMENEZ
MEDICO EN SALUD Y
SEGURIDAD EN EL TRABAJO
RM 440825/95
RES. SST 1103 - 2009 LICENCIA SST : 1103/2009

56.085.837.

ARIEL JIMENEZ SIERRA

Firma del Médico

Función Pública

**Verificados los resultados del participante en el curso virtual**

**Función Pública certifica que:**

# DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA

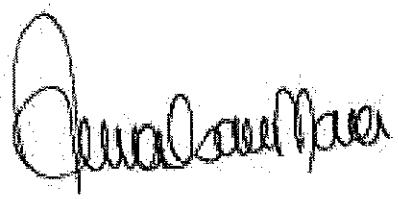
C.C 56.085.837

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 28 de junio 2024



**Aura Isabel Mora**

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 765732235000

921-D.A.T.H.
Riohacha, 27 de Junio de 2016.

**EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE TALENTO HUMANO**
**CERTIFICA:**

Que la señora, **DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA,** identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 56.085.837 expedida en Maicao, presto sus **SERVICIOS COMO AUXILIAR EN LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA,** por **Contrato de Prestación de Servicios No. 375** del 2 de Mayo de 2014, por el termino de Ocho (08) meses contados a partir de la obtención del Registro Presupuestal.

Se expide el presente documento, a solicitud del interesado, para efectos personales.

**YOHNY ALBERTO CAICEDO REYNOSO**

GISELL

I.P.S.I.
SOL WAYUU
"Por la salud de nuestra comunidad"
NIT 900279432-5

EL SUSCRITO COORDINADOR CIENTÍFICO DEL PROYECTO PARA LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y MADRES GESTANTES EN EL MUNICIPIO DE MAICAO FASE III

**CERTIFICA QUE:**

La señora DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA identificada con la cedula de ciudadanía 56.085.837, quien prestó sus servicios bajo la modalidad de AUXILIAR DE ENFERMERIA mediante contrato de prestación de servicio desde el veinticuatro (24) de marzo del 2011 hasta el veinticuatro (24) de septiembre del 2011.

Para mayor constancia se firma la presente certificación a solicitud del interesado a los dieciocho (18) días del mes de Noviembre del año 2011.

Edward Pineda C.

EDWAR PINEDA CAMPO
*Coordinador científico*

LA ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES WAYUU "KATCHINJIEAWA SUNAIN WAKUAIPA

**CERTIFICA:**

Que la señora: **DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA**, identificada con la cedula de ciudadanía número 56.085.837 expedida Maicao La Guajira, labora en esta entidad ejerciendo el cargo de **Auxiliar de Enfermería**, desde el día 01 de Junio del 2016 hasta el 15 de Diciembre del 2016, contrato de prestación de servicios en la modalidad familiar.

Durante el periodo demostró ser una profesional de grandes cualidades, buen trato personal, eficiente y responsable.

Para mayor constancia se expide en Maicao La Guajira a los Dieciséis (16) días del mes de Junio de 2016.

PEDRO URIANA MONTIEL
C.C 1.123.998.035 Expedida en Maicao
Representante Legal

LA ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES WAYUU "KATCHINJIEAWA SUNAIN WAKUAIPA

**CERTIFICA:**

Que la señora: **DILIA MARGARITA TORRES MENDOZA**, identificada con la cedula de ciudadanía número 56.085.837 expedida Maicao La Guajira, labora en esta entidad ejerciendo el cargo de **Auxiliar de Enfermería**, desde el día 03 de Enero del 2017 hasta el 15 de Diciembre del 2017, contrato de prestación de servicios en la modalidad familiar.

Durante el periodo demostró ser una profesional de grandes cualidades, buen trato personal, eficiente y responsable.

Para mayor constancia se expide en Maicao La Guajira a los Dieciséis (16) días del mes de Junio de 2017.

PEDRO URIANA MONTIEL
C.C 1.123.998.035 Expedida en Maicao
Representante Legal

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 56085837 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 28/06/2024 10:00 AM

Código Verificación: **S1RH4G3E2Z**

Válida hasta: **26/09/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**