Floridablanca, 15 de Octubre del 2024

Señores:
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA
Correo: contratacion@hospiflorida.gov.co

Asunto: Presentación Oferta de Servicios

De manera atenta me permito presentar a su consideración la oferta de prestación de servicios profesionales en los siguientes términos:

Objeto: "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COMUNICADOR (A) SOCIAL PARA DAR APOYO Y SOPORTE AL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA, EN LA RECOLECCIÓN, CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE CONTENIDOS REQUERIDOS POR LA INSTITUCIÓN".

VALOR: VALOR DE LA PROPUESTA TRECE MILLONES DE PESOS M/CTE ($13.000.000)

PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será a partir de la suscripción del acta de inicio y hasta el 31 de Diciembre 2024, previo cumplimiento de los requisitos de ejecución y perfeccionamiento.

Actividades a desarrollar:

1. Apoyar en la creación y ejecución del Plan Estratégico de Comunicaciones de la gerencia de la ESE SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA.

2. Administrar las redes sociales de la entidad, generando contenido para publicar.

2. Realizar el acompañamiento, producción y edición de los contenidos audiovisuales de las diferentes actividades adelantadas en la ESE SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA cuando sea requerido por algún área del hospital.

3. Asistir a las reuniones convocadas por la Gerencia para seguir los lineamientos del manejo de las comunicaciones.

4. Realizar las comunicaciones internas y externas que se requieran por parte de las diferentes áreas de la entidad.

5. Apoyar al equipo de sistemas en la producción de piezas publicitarias, artículos, comunicados y demás contenido, a fin de actualizar la página web de la entidad.

6. Apoyar la actualización y administración del portal de noticias dispuesto en la página web y en las redes sociales de la ESE, de acuerdo a los requerimientos hechos por el hospital, Con información de interés para la comunidad.

7. Elaborar el informe de gestión a la gerencia del plan de comunicaciones y en interno y externo.

8. Presentar con la periodicidad requerida por el supervisor del contrato el plan de comunicaciones.

9. Actuar como enlace entre los medios de comunicación, y/o entidades y la ESE, así como en el suministro de la información que soliciten atendiendo la política de comunicaciones interna cuando sea requerido por el supervisor.

Obrando en nombre propio, expreso mi voluntad de prestar mis servicios a la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, y bajo la gravedad de juramento manifiesto que no estoy incurso en ninguna

de las inhabilidades e incompatibilidades previstas en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley 80 de 1.993, en especial en el artículo 18 de la Ley 1150 de 2.007 y artículo 90 de la Ley 1474 de 2.011 y en las demás normas que la modifiquen o adicionen en cuanto sean pertinentes.

De igual manera manifiesto, que la información registrada y entregada con sus respectivos soportes para el futuro proceso de contratación, son auténticos y corresponden a mi experiencia laboral y académica, así mismo autorizo a la entidad para procesar, solicitar, divulgar, corroborar y obtener de cualquier fuente que realice las consultas, toda la información y referencias relativas a mi persona ante las entidades correspondientes y a cualquier otra entidad que maneje base de datos, conforme a la Ley 1581 de 2012.

Adicional, manifiesto que he leído los documentos que soportan la futura contratación como son los estudios previos y demás documentación, encontrándome habilitado conforme al perfil que se requiere y hago la siguiente declaración:

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.

- Algún familiar suyo fue o es funcionario de la Entidad Si (__) No (_X_), si su respuesta es afirmativa, relacione: _____
- Si su respuesta es afirmativa indique que tipo de parentesco tiene con Usted: _____
- Si su familiar fue funcionario de esta Entidad, indique si fue: Directivo (__) Asesor (__) Profesional (__) otro: _____
- Se encuentra afiliado y al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, de acuerdo con el Decreto 1273 de 2018 SI (X) NO (__).

Por último, por políticas de transparencia de la entidad, me permito manifestar mis siguientes compromisos:

1. El proponente se compromete a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

2. El proponente se compromete a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.

3. El proponente se compromete a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

4. El proponente se compromete a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

5. El proponente se compromete a ceder el contrato si llegare a sobrevenir una inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, previa autorización escrita del Hospital de Floridablanca, y si ello no fuere posible renunciaré a la ejecución del mismo, de conformidad con lo previsto en el artículo 9° de la Ley 80 de 1993.

6. El proponente se compromete a desarrollar todas sus actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente contrato.

7. El proponente se compromete a suministrar al Hospital de Floridablanca, cualquier información sobre actos de corrupción, soborno, subjetividad, presión o favorecimiento en el desarrollo del proceso contractual, del que tenga o llegare a tener conocimiento.

Atentamente,

FIRMA:
NOMBRE: SILVIA LORENA HERNÁNDEZ LEÓN
CC. Nro. 1.032.440.410 DE BOGOTÁ
NIT Nro 1.032.440.410
DIRECCIÓN: CLL 158 #18-54
TELÉFONO: 3152434515
CORREO ELECTRÓNICO: silviahernandezleon@gmail.com



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.440.410

HERNANDEZ LEON

APELLIDOS

SILVIA LORENA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1990

MALAGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

02-DIC-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00154555-F-1032440410-20090418 0010778312A 1 28707736

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Hernandez	León	Silvia Lorena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1032440410	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES 10 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO MÁLAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 158 18 54

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

TELÉFONO 6412010 EMAIL silviahernandezleon@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	11	AÑO	2007
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		COMUNICACION SOCIAL	05	2020	

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 ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7000080	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	12	*Mes*	10	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1530 COMUNICADORA	*DEPENDENCIA* 4112.60. OFICINA DE COMUNICACIONES					*DIRECCIÓN* CALLE 6 nullN 5					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE VIVIENDA MUNICIPAL DE BUCARAMANGA - INVISBU -		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 77000320	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	06	*Año* 2023	*Día*	17	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA COMUNICACIONES	*DEPENDENCIA* AREA COMUNICACIONES					*DIRECCIÓN* CALLE 36 15 32					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE VIVIENDA MUNICIPAL DE BUCARAMANGA - INVISBU -		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3152434515	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA COMUNICACIONES	*DEPENDENCIA* TIC (SISTEMAS)					*DIRECCIÓN* CALLE 36 15 32 Edificio Colseguros					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE VIVIENDA MUNICIPAL DE BUCARAMANGA - INVISBU -		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 77000320	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORD AREA COMUNICACIONES	*DEPENDENCIA* AEA DE COMUNICACIONES					*DIRECCIÓN* CALLE 36 15 32					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD rappi colombia		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3152434515	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* ADMI SERVICIO AL CLIENTE					*DIRECCIÓN* CARRERA 19A 90 13					

6

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD go transport sas			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* A NIVEL NACIONAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 30 19 12					

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	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	9

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 INCOPATIBILIDAD 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. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Floridablanca 15 de octubre 2024

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.

16-oct/2024.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio de la Presentación

Bucaramanga

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 2412 de Octubre 11 de 1951

Aprobada por la Gobernación de Santander, según
Resolución No. 1575 de Diciembre 11 de 1999

Confiere a:

Silvia Lorena Hernández León

Identificada con T. I. No. 901030-01171 en Bucaramanga

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rectora

Hna. Rosa Amalia Ordóñez

Secretaria

Margarita Klapper de Hernández

Folio 163 Libro de Registro del Colegio No. 1

Dada en Bucaramanga, a 30 de Noviembre de 2007

Escaneado con CamScanner

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

ACTA DE GRADO N°202005150404

En la ciudad de Bogotá, el día 15 de Mayo de 2020, se llevó a cabo el acto de graduación en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de

COMUNICADORA SOCIAL

A

SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON

identificado(a) con CC N° 1032440410, quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales; y le otorgó el Diploma N° 188490 que lo(a) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá, D.C. 15 de Mayo de 2020.

Jairo H. Cifuentes Madrid
SECRETARIO GENERAL

Firmada digital y electrónicamente. Según lo dispuesto en la ley colombiana, para su verificación consulte la página web de la Universidad, en Todos Los Servicios, Verificación de Certificados Digitales, código: M306558613971

15

TIPO DE CONTRATO:				Contrato de prestación de servicios		
CONTRATO No. Y FECHA:				058 de 2023		
CONTRATISTA:				SILVIA LORENA HERNÁNDEZ LEÓN		
Nit o C.C. No.				1.032.440.410		
OBJETO:				"CONTRATACIÓN DE PERSONAL PROFESIONAL EN COMUNICACIÓN SOCIAL PARA APOYO Y SOPORTE AL INVISBU EN LA RECOLECCIÓN CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE CONTENIDOS REQUERIDO POR LOS DIVERSOS CANALES DE COMUNICACIÓN".		
VALOR INICIAL:				$ 12.250.000		
VALOR ADICIONAL:				NO APLICA		
ANTICIPO INICIAL (%):				NO APLICA		
ANTICIPO ADICIONAL (%):				NO APLICA		
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:				NO APLICA		
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC.:				NO APLICA		
PLAZO INICIAL:				NO APLICA		
PLAZO ADICIONAL:				NO APLICA		
PORCENTAJE DE EJECUCION:				100 %		
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO:				NO APLICA		
Nit o C.C DEL INTERVENTOR				NO APLICA		
SUPERVISOR:				JAVIER ORLANDO NUÑEZ LATORRE		
FECHA DE INICIACION:				01 DE MARZO DE 2023		
ACTA DE SUSPENSION	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
ACTA DE REINICIACION	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
FECHA DE TERMINACION:				15 DE JUNIO DE 2023		
MUNICIPIO:				BUCARAMANGA		
OFICINA GESTORA:				ASESORA TIC INVISBU		

En Bucaramanga, el dieciséis (16) de Junio del 2023, se reunieron JAVIER ORLANDO NUÑEZ LATORRE, en calidad de Supervisor del Instituto y el contratista, SILVIA LORENA HERNÁNDEZ LEÓN con cedula de ciudadanía No. 1.032.440.410 expedida en Bogotá, con el fin de elaborar la presente acta de recibo final correspondiente al periodo **(01 de junio del 2023 al 15 de junio de 2023)** donde se hace constar que el presente contrato ha sido terminado en su totalidad a satisfacción del INVISBU, con las actividades y cantidades que, se relacionan en el anexo el cual hace parte integral de la presente acta.

Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

BALANCE PRESUPUESTAL EJECUTADO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$12.250.000	
VALOR ADICIONAL CONTRATO	$0,00	
VALOR EJECUTADO		$12.250.000
VALOR POR EJECUTAR		$0,00
SUMAS IGUALES	$12.250.000	$12.250.000

AMORTIZACION ANTICIPO

21 17

TIPO DE CONTRATO:				Contrato de Prestación de Servicios		
CONTRATO No. Y FECHA:				147 DE 8 DE AGOSTO DE 2022		
CONTRATISTA:				SILVIA LORENA HERNÁNDEZ LEÓN		
Nit o C.C. No.				1.032.440.410		
OBJETO:				CONTRATACIÓN DE PERSONAL PROFESIONAL PARA EL APOYO A LA GESTIÓN EN LA CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE CONTENIDO REQUERIDOS POR LOS DIVERSOS CANALES DE COMUNICACIÓN, SOPORTE A USUARIOS.		
VALOR INICIAL:				$14.000.000		
VALOR ADICIONAL:				$1.633.333		
ANTICIPO INICIAL (%):				NO APLICA		
ANTICIPO ADICIONAL (%):				NO APLICA		
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:				NO APLICA		
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC.:				NO APLICA		
PLAZO INICIAL:				CUATRO (4) MESES		
PLAZO ADICIONAL:				NO APLICA		
PORCENTAJE DE EJECUCION:				100 %		
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO:				NO APLICA		
Nit o C.C. DEL INTERVENTOR				NO APLICA		
SUPERVISOR:				JAVIER ORLANDO NUÑEZ LATORRE		
FECHA DE INICIACION:				10 DE AGOSTO DE 2022		
ACTA DE SUSPENSION	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
ACTA DE REINICIACION	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
FECHA DE TERMINACION:				9 DE DICIEMBRE DE 2022		
FECHA DE INICIO ADICIONAL:				10 DE DICIEMBRE 2022		
FECHA DE TERMINACION DEFINITIVA:				23 DE DICIEMBRE 2022		
MUNICIPIO:				BUCARAMANGA		
OFICINA GESTORA:				TICS		

En Bucaramanga, el venti seis (26) de diciembre del 2022, se reunieron JAVIER ORLANDO NUÑEZ LATORRE, en calidad de Supervisor del Instituto y, SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON, quien comparece en nombre propio, como Contratista, con el fin de elaborar la presente acta de recibo final correspondiente al periodo **(10 de AGOSTO del 2022 al 23 de DICIEMBRE de 2022)** donde se hace constar que el presente contrato ha sido terminado en su totalidad a satisfacción del INVISBU, con las actividades y cantidades que se relacionan en el anexo el cual hace parte integral de la presente acta.

Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

Powered by CamScanner

I- BALANCE PRESUPUESTAL EJECUTADO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$14.000.000	
VALOR ADICIONAL CONTRATO	$1.633.333	
VALOR EJECUTADO		$15.633.333
VALOR POR EJECUTAR		$0.00
SUMAS IGUALES	**$15.633.333**	**$15.633.333**

AMORTIZACION ANTICIPO

VALOR INICIAL DEL ANTICIPO	NO APLICA	
VALOR ADICIONAL ANTICIPO	NO APLICA	
VALOR AMORTIZADO	NO APLICA	
VALOR POR AMORTIZAR	NO APLICA	
SUMAS IGUALES	**NO APLICA**	

II- PAGO A REALIZAR EN EL ACTA FINAL

VALOR EJECUTADO EN LA PRESENTE ACTA	$2.683.333
Menos aporte de (ejecución. mano de obra)	NO APLICA
Menos Saldo Amortización anticipo	NO APLICA
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	$2.683.333

SON: DOS MILLONES SEICIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MCTE ($2.683.333)

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, el venti seis (26) dia de diciembre del 2022.

SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON
CONTRATISTA

JAVIER ORLANDO NUÑEZ LATORRE
SUPERVISOR

Powered by CamScanner

13

BUCARAMANGA, 26 de Julio de 2022

Manpower de Colombia Ltda
NIT: 890916883-8
Certifica

Que el (la) señor(a) SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON identificado(a) con número de documento 1032440410 laboró en modalidad de KAM EN RAPPI desde el 22 de Julio de 2021, hasta el día 30 de Noviembre de 2021, vinculado(a) mediante un contrato Obra o labor Colombia, tiempo durante el cual demostró, responsabilidad, honestidad y cumplimiento en todas sus labores encomendadas.

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a).

Atentamente,

Carolina Díaz C.
Gerente Talento Humano Staffing

Nota: Este certificado fue generado utilizando una firma electrónica, para comprobar su validez, puede contactarse con la línea 018000944432:

ManpowerGroup Colombia
Carrera 48 No 32B Sur 139, Oficina 906
Centro Comercial Viva Envigado (Torre de Oficinas)
www.manpowergroupcolombia.co

ManpowerGroup®

Experis® ManpowerGroup Manpower® Talent Solutions® ManpowerGroup®

Versión 2

25

14

Tipo de Contrato	CPS
Contrato No y Fecha	**CTO 175 DEL 26 JUNIO 2023**
Contratista	SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON
Cedula / Nit	1.032.440.410
Objeto:	**"CONTRATACIÓN DE PERSONAL PROFESIONAL EN COMUNICACIÓN SOCIAL PARA APOYO Y SOPORTE AL INVISBU EN LA RECOLECCIÓN CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE CONTENIDOS REQUERIDO POR LOS DIVERSOS CANALES DE COMUNICACIÓN."**
Supervisor / Interventor:	JAVIER ORLANDO NUÑEZ LATORRE
C.C. Supervisor - Interventor	13.834.764
Valor Inicial:	$19.950.000
Valor Adicional:	N/A
Valor Anticipo Inicial:	N/A
Valor Anticipo Adicional:	N/A
Valor Amortización Anticipo Inicial:	No aplica
Valor Amortización Anticipo Adicional:	N/A
Plazo Inicial:	**CINCO (5) MESES Y VENTIUN (21) DÍAS**
Plazo Adicional:	N/A
Fecha de Inicio	27 DE JUNIO 2023
Fecha de Terminación:	17 DE DICIEMBRE 2023
Fecha de Terminación con Adición	N/A
Fecha de Suspensión	N/A
Fecha de Reinicio	N/A

En Bucaramanga, el día dieciocho (18) de Diciembre del 2023, se reunieron en la Oficina de Dirección del INVISBU los suscritos, a saber Joaquín Augusto Tobón Blanco, mayor de edad y vecino de la ciudad de Bucaramanga identificado con cédula de ciudadanía N°71.604.883 de Medellín, quien obra en calidad de Director y Representante Legal del Instituto de Vivienda de Interés Social y Reforma Urbana del Municipio de Bucaramanga "INVISBU", mediante Decreto N°0002 del 5 de enero del 2023 expedido por el Despacho del Alcalde de Bucaramanga, quien para efectos de la presente acta de liquidación se denominará **EL CONTRATANTE;** Javier Orlando Nuñez Latorre, identificado con cédula de ciudadanía N° 13.834.764 de Bucaramanga, quién para efectos de la presente acta se denominará **EL SUPERVISOR** por una parte, y por otra Silvia Lorena Hernández León, identificado con cédula de ciudadanía N° 1.032.440.410 expedida en Bogotá, obrando en nombre propio, quien para los efectos de la presente se denominará **EL CONTRATISTA,** hemos convenido en suscribir la presente acta de liquidación por mutuo acuerdo.

CONSIDERANDO

1. Que entre el INSTITUTO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL Y REFORMA URBANA DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA -INVISBU, y Silvia Lorena Hernández León se celebró el contrato N°175, cuyo objeto es **"CONTRATACIÓN DE PERSONAL PROFESIONAL EN COMUNICACIÓN SOCIAL PARA APOYO Y SOPORTE AL INVISBU EN LA RECOLECCIÓN CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE CONTENIDOS REQUERIDO POR LOS DIVERSOS CANALES DE COMUNICACIÓN."**

2. Que en consecuencia se procederá a la liquidación del mismo de conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993,y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

3. Que se verificó por parte del Supervisor Javier Orlando Nuñez Latorre, el cumplimiento del objeto del contrato, 175 mediante el Acta de recibo o Informe Final suscrito el 18 de diciembre de 2023.

4. Que con base en el acta anterior se ha constatado que la ejecución del contrato fue de **DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS** ($19.950.000) moneda legal colombiana, equivalente al 100% del valor total del contrato.

5. -Que la información presupuestal es la siguiente:

VALOR INICIAL DEL ANTICIPO	NO APLICA		
VALOR ADICIONAL ANTICIPO	NO APLICA		
VALOR AMORTIZADO	NO APLICA		
VALOR POR AMORTIZAR	NO APLICA		
SUMAS IGUALES	NO APLICA		

II- PAGO A REALIZAR EN EL ACTA FINAL

VALOR EJECUTADO EN LA PRESENTE ACTA	$1.750.000
Menos aporte de (ejecución. mano de obra)	NO APLICA
Menos Saldo Amortización anticipo	NO APLICA
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	$1.750.000

SON: MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($1.750.000)

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, (15) días de JUNIO del 2023.

SILVIA LORENA HERNÁNDEZ LEÓN
CONTRATISTA

JAVIER ORLANDO NUÑEZ LATORRE
SUPERVISOR

22

I- BALANCE PRESUPUESTAL EJECUTADO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$14.000.000	
VALOR ADICIONAL CONTRATO	$1.633.333	
VALOR EJECUTADO		$15.633.333
VALOR POR EJECUTAR		$0.00
SUMAS IGUALES	$15.633.333	$15.633.333

AMORTIZACION ANTICIPO

VALOR INICIAL DEL ANTICIPO	NO APLICA	
VALOR ADICIONAL ANTICIPO	NO APLICA	
VALOR AMORTIZADO	NO APLICA	
VALOR POR AMORTIZAR	NO APLICA	
SUMAS IGUALES	NO APLICA	

II- PAGO A REALIZAR EN EL ACTA FINAL

VALOR EJECUTADO EN LA PRESENTE ACTA	$2.683.333
Menos aporte de (ejecución, mano de obra)	NO APLICA
Menos Saldo Amortización anticipo	NO APLICA
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	$2.683.333

SON: DOS MILLONES SEICIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MCTE ($2.683.333)

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, el venti seis (26) día de diciembre del 2022.

SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON
CONTRATISTA

JAVIER ORLANDO NUÑEZ LATORRE
SUPERVISOR

Powered by CamScanner

24

17

GO TRANSPORT

GO TRANSPORTS SAS
NIT. 900.910.430-3

CERTIFICA QUE

La profesional Silvia Lorena Hernández León, identificada con Cedula de ciudadanía No 1.032.440. 410 de Bogotá, laboró en la organización, desde el 1 de julio de 2017- al 30 de junio 2021, desempeñándose como Comunicadora Social, con un contrato a término fijo, desempeñando el cargo de Coordinadora Comercial, gestionando y promocionando el portafolio de servicios de la empresa hasta la vinculación de nuevos clientes y proyectando una demanda creciente, también en la ejecución de actividades sobre los servicios de la empresa y su promoción a través de las distintos medios y plataformas disponibles en el mercado.

Dado en Bucaramanga Santander a los veintisiete (27) del mes de febrero de 2023

R/L Cesar Javier Hernández León
GO TRANSPORTS SAS
NIT. 900.910.430-3

LA SUSCRITA

SUBGERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS FLORIDABLANCA
Con NIT: 890.202.024-3

CERTIFICA:

Que, **SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON,** identificada con cedula de ciudadanía No **1.032.440.410 de Bogotá D.C,** celebro el contrato que se relaciona a continuación:

CONTRATO No:	089 - 2024
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COMUNICADOR (A) SOCIAL PARA DAR APOYO Y SOPORTE AL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA, EN LA RECOLECCIÓN, CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE CONTENIDOS REQUERIDOS POR LA INSTITUCIÓN.
ALCANCE CONTRACTUAL:	Para el desarrollo del objeto contractual, el contratista se obliga a realizar suministro de los siguientes ítems: 1. Apoyar en la creación y ejecución del Plan Estratégico de Comunicaciones de la gerencia de la ESE SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA. 2. Administrar las redes sociales de la entidad, generando contenido para publicar. 3. Realizar el acompañamiento, producción y edición de los contenidos audiovisuales de las diferentes actividades adelantadas en la ESE SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA cuando sea requerido por algún área del hospital. 4. Asistir a las reuniones convocadas por la Gerencia para seguir los lineamientos del manejo de las comunicaciones. 5. Realizar las comunicaciones internas y externas que se requieran por parte de las diferentes áreas de la entidad. 6. Apoyar al equipo de sistemas en la producción de piezas publicitarias, artículos, comunicados y demás contenido, a fin de actualizar la página web de la entidad. 7. Apoyar la actualización y administración del portal de noticias dispuesto en la página web y en las redes sociales de la ESE, de acuerdo a los requerimientos hechos por el hospital, Con información de interés para la comunidad. 8. Elaborar el informe de gestión a la gerencia del plan de comunicaciones y en interno y externo. 9. Presentar con la periodicidad requerida por el supervisor del contrato el plan de comunicaciones. 10. Actuar como enlace entre los medios de comunicación, y/o entidades y la ESE, así como en el suministro de la información que soliciten atendiendo la política de comunicaciones interna

	cuando sea requerido por el supervisor.
VALOR DEL CONTRATO:	$ 15 .600.000 m/cte.
FECHA DE INICIO:	28 de mayo del 2024
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	27 de agosto del 2024
VALOR DE ADICIÓN No 01:	$ 7.800.000 m/cte.
PLAZO DE EJECUCIÓN ADICIÓN No 01:	un (01) mes y quince (15) días
FECHA TERMINACIÓN FINAL DE CONTRATO:	12 de octubre 2024
ESTADO DEL CONTRATO:	Cumplido y ejecutado
CALIFICACIÓN DEL SERVICIO:	Cumplió con las obligaciones pactadas dentro del contrato, según los informes de supervisión.

En constancia se firma, a los dieciséis (16) días del mes de octubre del dos mil veinticuatro (2024).

YAMILE TOLOZA GAMBOA
Subgerente

Proyectó:
Lisbeth Jaimes Cepeda
Abogada - Contratista

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS,**

CERTIFICA

Que **Silvia Lorena Hernandez Leon** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1032440410,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1032440410
NOMBRES Y APELLIDOS	Silvia Lorena Hernandez Leon
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	30/10/1990
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2000
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	225 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	04/11/2016
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1032440410 SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON Desde 15/05/2024 - Vigente
N.I.T. 900910430 GO TRANSPORT SAS Desde 15/04/2024 - Vigente
N.I.T. 900910430 GO TRANSPORT SAS Desde 01/03/2023 Hasta 02/02/2024
CEDULA DE CIUDADANIA 1032440410 SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON Desde 01/07/2023 Hasta 31/12/2023

Generado por MAGIONANNY 15/10/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Scanned with CamScanner

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación | 183021777

[Aclaraciones que se encuentren al reverso antes de diligenciar este formulario]

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectivo D. De Oficio / - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente B. Independiente [X] C. Pensionado
Código (A registrar por la EPS)

II. AFILIACIÓN

A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Hernandez | Segundo Apellido: Leon | Primer Nombre: Silvia | Segundo Nombre: Catalina

7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC [CC] PA SC
8. Número del documento de identidad: 1032440410
9. Sexo: Femenino [X] Masculino
10. Fecha de nacimiento: 30 10 1990

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1300.000

18. Residencia
Dirección: Cll 158 # 18-54
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3152434515
Correo Electrónico: Silviahernandezleon@gmail.com
Municipio / Distrito: Floridablanca
Zona: Urbana [X] Rural
Localidad / Comuna
Departamento: Santander

C. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC
21. Número del
22. Sexo: Femenino Masculino
23. Fecha de nacimiento

SANITAS EPS AFILIACIONES PYS 6800110320726

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y

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

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

COPIA

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

Scanned with CamScanner

25. Nombre o razón social	26. Tipo documento de identificación NIT TI CE CC PA CD	27. Número del documento de identificación	28. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (si registra por la EPS)

29. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo

Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

III. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				05 05 2024

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

CN AC TI CC PA CE CD SC TOTAL

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

Independiente

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	E.P.S. Sanitas	Sticker precontratación
Milena	15/05/2024	CC 618500001 Oficina Bucaramanga 618500001

Scanned with CamScanner

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:

SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.440.410**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Octubre 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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141039531256

(415)7707212489984(8020) 000014103953125 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 2 4 4 0 4 1 0	1	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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	1032440410	2 0 0 8 1 2 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	LEON	SILVIA	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal
CL 158 # 18 - 54 CONJ Sierra colina

42. Correo electrónico silviahernandezleon@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 2 4 3 4 5 1 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 0 1 0	2 0 1 6 0 2 0 2	8 2 9 9	2 0 0 9 0 5 0 8					

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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
54. Código																					

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 05 - 09 / 18 : 26: 33

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 HERNANDEZ LEON SILVIA LORENA
985. Cargo Contribuyente

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 09-05-2024 06:26:41PM

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-10-15 07:24

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SILVIA	LORENA	HERNANDEZ	LEON

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1032440410

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	MÁLAGA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	FLORIDABLANCA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	FLORIDABLANCA
Dirección	["Cra 8 # 3 - 30"]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:

26

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

27

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JAVIER	ANDRES	MANRIQUE	NIÑO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1098662958

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2023

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118611313351

(415)7707212489984(8020) 000211861131335 1

Datos del declarante

5. Número de identificación Tributaria (NIT)	6.DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
1032440410	1	HERNANDEZ	LEON	SILVIA	LORENA	4

24. Actividad económica principal	Si es una corrección indique:	25. Cód.	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable siguiente	28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica
7010					102,000

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	485,000	Deudas	30	6,597,000	Total patrimonio líquido	31	0

Cédula general

Conceptos/rentas	Rentas de trabajo		Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria		Rentas de capital		Rentas no laborales	
Ingresos brutos	32	74,168,000	43	0	58	0	74	0
Devoluciones, rebajas y descuentos							75	0
Ingresos no constitutivos de renta	33	1,021,000	44	0	59	0	76	0
Costos y deducciones procedentes			45	0	60	0	77	0
Renta líquida	34	73,147,000	46	0	61	0	78	0
Rentas líquidas pasivas - ECE					62	0	79	0
Rentas exentas: Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
Rentas exentas: Otras rentas exentas	36	17,524,000	48	0	64	0	81	0
Rentas exentas: **Total rentas exentas**	37	17,524,000	49	0	65	0	82	0
Deducciones imputables: Intereses de vivienda	38	0	50	0	66	0	83	0
Deducciones imputables: Otras deducciones imputables	39	7,451,000	51	0	67	0	84	0
Deducciones imputables: Total deducciones imputables	40	7,451,000	52	0	68	0	85	0
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)	41	24,975,000	53	0	69	0	86	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio			54	0	70	0	87	0
Pérdida líquida del ejercicio			55	0	71	0	88	0
Compensaciones por pérdidas			56	0	72	0	89	0
Renta líquida ordinaria	42	48,172,000	57	0	73	0	90	0

Ren. líquida céd. gen.	91	73,147,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	31,184,000	R. líq. ord. cédula gen.	93	41,963,000	Comp. pérdidas año 2016 y ant.	94	0
Comp. exc. ren. presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	R. líq. grav. cédula gen.	97	41,963,000	Renta presuntiva	98	0

Cédula de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	99	0
Ingresos no constitutivos de renta	100	0
Renta líquida	101	0
Rentas exentas de pensiones	102	0
Renta líquida gravable cédula de pensiones	103	0

Cédula de dividendos y/o participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	104	0
Ingresos no constitutivos de renta	105	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	106	0
1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	107	0
2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	108	0
Dividendos y participaciones recibidas del exterior	109	0
Rentas exentas de la casilla 109	110	0
Renta líquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.)	111	41,963,000

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior	112	0
Costos por ganancias ocasionales	113	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	114	0
Ganancias ocasionales gravables	115	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones	116	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones	117	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.)	118	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones año 2016	119	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones recibidas del exterior	120	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	121	0

Descuentos tributarios: Imp. pagados en el exterior	122	0	Donaciones	123	0
Descuentos tributarios: Dividendos, particip. y otros	124	0	Total descuentos trib.	125	0

Impuesto neto de renta	126	0
Impuesto de ganancias ocasionales	127	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	128	0
Total impuesto a cargo	129	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	130	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	131	0
Retenciones año gravable a declarar	132	0
Anticipo renta para el año gravable siguiente	133	0

Saldo a pagar por impuesto	134	0	Sanciones	135	0	Total saldo a pagar	136	0	Total saldo a favor	137	0
Número de dependientes económicos	138	2	Adición por dependientes a la casilla 92	139	6,107,000	Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X	140	0	Aporte voluntario	141	0

981. Cód. Representación: ____ Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador: ____ Firma contador: ____ 994. Con salvedades: ____

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para uso de la entidad recaudadora

DIAN
2024-08-15 / 09:28:33 PM
2024-0 Fecha Acuse de Recibo 1:28:33
Firmado

980. Pago total $ 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

91900165571990

202436532036 30

FISCAL

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 martes 08 de octubre de 2024, a las 11:58:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1032440410
Código de Verificación	1032440410241008115801

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 255865020

PIB
11:58:06
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de octubre 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) SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032440410:

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 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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:59:12 AM horas del 08/10/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1032440410**

Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ LEON SILVIA LORENA**

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.

DIJIN

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.

34

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 08/10/2024 12:00:15 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1032440410 .**

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. **103130614** . 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

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 1032440410 **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 09/10/2024 08:21 AM

Código Verificación: **21BP9LWCTJ**

Válida hasta: **07/01/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

AUTORIZACIÓN CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACIÓN SEXUALES COMETIDOS CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

Yo _Silvia Lorena Hernández León___ identificado(a) con _Cédula de ciudadanía___ Nro. 1.032.440.410_ expedida en Bogotá_, de manera libre y espontánea declaro que no he sido condenado por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales cometidos contra niños, niñas y adolescentes, y en consecuencia, no me encuentro registrado en las bases de datos de agresores sexuales de que trata la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019 ni inhabilitado para vincularme en una entidad estatal.

Por lo anterior, manifiesto expresamente que autorizo a la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA, identificada con NIT. No. 890.202.024-3 para que, a través de sus servidores públicos y/o contratistas del Grupo de Oficina Jurídica – Contratación, adelante los trámites de consulta de certificado de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales cometidos contra niños, niñas y adolescentes, a través del aplicativo virtual que determine la autoridad competente, como soporte de la documentación previa para la vinculación legal y reglamentaria con el MVCT.

Esta autorización se extiende por el término de la vinculación en servicio activo, lo cual implica que la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA podrá realizar solicitudes de certificados de antecedentes de manera periódica y de acuerdo como lo determine la ley.

Dado a los quince (15) días del mes de _Octubre__del año __2024_____

Atentamente,

SILVIA LORENA HERNÁNDEZ LEÓN____ Firma: ___ _____
(Nombre completo)

Número de cédula: _1.032.440.410___

Lugar de Expedición: _Bogotá_____

Fecha de Expedición: (02/12/2008/)

	FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONAS NATURALES	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD	CÓDIGO: ES-GIC-GC001F65 VERSIÓN: 01 FECHA: 10/04/2020

DATOS DE SOLICITUD

FECHA DE SOLICITUD			TIPO DE SOLICITUD		TIPO DE USUARIO		
dd	mm	aaaa	VINCULACIÓN	ACTUALIZACIÓN	CLIENTE	CONTRATISTA	PROVEEDOR
15	10	2024	X			X	

DATOS BASICOS DE PERSONA NATURAL

NOMBRE COMPLETO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Silvia Lorena	Hernández	León

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

CÉDULA DE CIUDADANÍA	X	PASAPORTE		CEDULA DE EXTRANJERÍA		OTRO		¿CUÁL?	

NÚMERO DE IDENTIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN
1032440410	2	12	2008	Bogotá

FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO			
dd	mm	aaaa	PAÍS	COLOMBIA	DEPARTAMENTO	SANTANDER
30	10	1990			CIUDAD	Málaga

GÉNERO				OCUPACIÓN					
F	x	M		EMPLEADO		PENSIONADO		EMPLEADO CON NEGOCIO	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				INDEPENDIENTE	X	RENTISTA		OTRO	
cll 158 #18-54				¿CUÁL?					

BARRIO	TELÉFONO RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO
cañaveral		Bucaramanga	Santander	silviahernandezleon@gmail.com

NÚMERO DE CELULAR	TIPO DE VIVIENDA					VALOR ARRIENDO
3152434515	PROPIA		FAMILIAR	x	ARRENDADA	
	PERSONAS A CARGO		2		GASTOS FAMILIARES	10000000

INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA / NEGOCIO	DETALLE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)

CARGO		FECHA DE INGRESO			TIPO DE VINCULACIÓN		
CIUDAD		dd	mm	aaaa	FIJO	INDEFINIDO	OTRO ¿Cuál?
DIRECCIÓN		28	5	2024			cps
TELÉFONO							

SI USTED ES UN PEP (PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE) CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:	SI	NO	SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR
Maneja recursos públicos		X	
Ejerce algún grado de poder público		X	
Goza de reconocimiento público		X	

INFORMACIÓN FINANCIERA

POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA

PRODUCTO FINANCIERO	NÚMERO	ENTIDAD	SUCURSAL	ANTIGÜEDAD
cuenta de ahorros	203783311	banco de bogotá	bucaramanga	2 años

OPERACIONES INTERNACIONALES								
REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA				INDIQUE CUALES:				OTRAS
SI		NO	x	IMPORTACIONES		EXPORTACIONES		

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR							
INVERSIONES		TRANSFERENCIAS		OTRAS	¿CUÁLES OTRAS?		
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA	

SUMINISTRO Y ACTUALIZACION DE INFORMACION

EL CLIENTE ____PROVEEDOR___ CONTRATISTA _X_ se obliga con la **ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA** a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la **ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA** para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntario y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente: Declaración de origen de fondos a la **ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA**, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con la **ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA**:
Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen: _____

En caso de diligenciamiento electrónico:
Declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.

NOMBRE COMPLETO	Silvia Lorena Hernández León	HUELLA
DOCUMENTO IDENTIDAD	1032440410	
FIRMA		

DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS NATURAL: Se anexarán los documentos que se estipulen en el proceso correspondiente, de acuerdo al tipo de relación o vínculo con la institución.

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCION

Resultado de verificación de datos:

NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICÓ:		FECHA :	HORA:
IDENTIFICACIÓN			

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Platinum
Salud Laboral



PLATINUM SALUD LABORAL S.A.S.
NIT: 900679927-1
680010446101

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 1032440410-123040

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/02/2023 - BUCARAMANGA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON	**Identificación:**	1032440410
Género	FEMENINO **Edad:** 32	**Teléfono**	**Móvil:** 3152434515
Fecha Nacimiento:	30/10/1990	**Cargo:**	ENCARGADA DEL AREA DE COMUNICACIONES
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CL 158#18-54	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR		

EXAMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA DE TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES (HIGIENE POSTURAL), REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE TIPO OSTEOMUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS), TENER HÁBITOS SALUDABLES DE ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO. SEGUIR NORMAS ESTABLECIDAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, REPORTAR INCIDENTES O ACCIDENTES SEGÚN EL PROTOCOLO DE LA EMPRESA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA

Observaciones: SE DAN RECOMENDACIONES DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE E HIGIENE POSTURAL.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Mediante el presente documento autorizo al profesional abajo mencionado a realizar de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o complementarios, registrado(s) en este documento y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de dichos servicios; comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado.
Doy constancia con mi firma en este documento, que he actuado en pleno uso de mis facultades mentales, por voluntad propia, sin presiones de ninguna índole y he suministrado información veraz, clara y precisa sobre mi estado de salud, y que he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de dichos exámenes.
Acepto el manejo de confidencialidad que PLATINUM SALUD LABORAL S.A.S de a la misma, autorizo que la información recopilada en la historia clínica y/o complementarios, puede ser utilizada para la generación de informes de condiciones de salud a mi empleador o entidad solicitante, la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológicas o según corresponda, y para las situaciones contempladas en la legislación vigente.

Erika Patricia Quintero Mantilla
Médico UIS
Especialista en Salud Ocupacional UMB
R.M. 001749-15 Licencia: 18067

ERIKA PATRICIA QUINTERO MANTILLA
Médico Especialista en Salud Laboral

SILVIA LORENA HERNANDEZ LEON 1032440410
Firma y cédula del Paciente

LIC SST 18067/18 -

	RESOLUCION	CÓDIGO	AP-UC-RG-69
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	22-05-2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCION NÚMERO 00 - 18067 DE 2018

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolucion 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **ERIKA PATRICIA QUINTERO MANTILLA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1098633547 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentacion requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTICULO 1 Otorguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **ERIKA PATRICIA QUINTERO MANTILLA**, - MEDICA Y CIRUJANA - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1098633547, en las areas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigacion en área técnica Investigacion del accidente de trabajo, Educacion, Capacitación, Diseño, Administracion y Ejecución del Sistema de gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTICULO 2 La Licencia de que trata el articulo anterior se concede por el termino de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedicion de la presente Resolución

ARTICULO 3 Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el termino maximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificacion de la misma

ARTÍCULO 4 Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible

ARTÍCULO 5. Contra la presente Resolucion procede los recursos legales

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 08 NOV 2018

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario de Salud Departamental

Revisó: Victor Guillermo Tarazona - Coordinador Grupo de Aseguramiento en Salud y SOGC
Proyectó: Esteban Caballero Zabala – Grupo de Aseguramiento en Salud y SOGC