	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato hoja de ruta contratos DIGSA Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-50 Proceso: Administración del Talento Humano

NOMBRE SERVIDOR PUBLICO: Silvia Salazar CEDULA: 1075274868

No.	REQUISITO EXIGIDO	OBSERVACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Autorización Director de ESM		✓	
2	Plan de necesidades		✓	
3	Requerimiento del cargo		✓	
4	Certificado de idoneidad		✓	
5	Estudio previo		✓	
6	Acta de compromiso de confidencialidad		✓	
7	Formato único hoja de vida impreso donde se certifique los documentos del SIGEP II así; ☐Talento Humano deben verificar los soportes de la información registrada. ☐ el contratista debe cargar los soportes de la información correspondiente a estudios y experiencia profesional. ☐ el formato único hoja de vida impreso del SIGEP II, debe estar debidamente firmado (firma, pos firma, No. de identificación) tanto por el futuro contratista, como por el oficial o suboficial de desarrollo humano o administrador de personal de la unidad militar. ☐ tiempo de experiencia certificados de experiencia ☐ Documentos adicionales ☐ tarjeta y resolución de la profesión ☐ procuraduría ☐ contraloría ☐ policía judicial ☐ rut	Artículo 18 de la Ley 909 de 2004	✓	
8	https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/ o siguiente enlace https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2012 ☐ Declaración de conflictos de interés particulares ☐ Declaración del impuesto sobre la renta y complementarios ☐ Declaración de bienes y rentas	Anual registrar en la página Web de la función pública. Ley 2013 de 2019. **Recuerde que los datos de acceso son diferentes al portal de SIGEP.**	✓	
9	**BLS** (Soporte Vital Básico) para auxiliares de enfermería personal asistencial. **BLS-ACLS** (Curso avanzado de Soporte Vital Básico) para Enfermeros, Terapeutas Respiratorios y Médicos y Especialistas **Certificado Curso de Humanización del servicio.** **Certificado capacitación de atención a Victimas de Violencia sexual** para el personal de los servicios de consulta externa hospitalizacion y servicio de prioritarias, establecido en la resolución 459 del 2012. **Declaración escrita de objeción de conciencia** en salud en caso que aplique para Ginecólogo y Medico General	Resolución 003316 de 2019 Resolución 3100 de 2019. Resolución 459 del 2012. Resolución 380/2018 del MSPS Resolución 051 del 2023 del MSPS Sentencia C-355 del 2006	✓	
10	Declaración de bienes y rentas LLENAR EL FORMATO		PIA	
11	Certificación bancaria actualizada en original	No mayor a 90 días	✓	
12	Fotocopia cédula de ciudadanía.		✓	
13	Fotocopia tarjeta profesional y certificado de vigencia (cuando aplique)		✓	
14	Fotocopia diploma bachiller y acta de grado		✓	
15	Fotocopia de diploma(s) de pre grado(s) y acta(s) de grado(s).		✓	
16	fotocopia de diploma(s) de posgrado(s) y acta(s) de grado(s)		PA	
17	Oficio de entrega del ESP con nombre cedula y profesión.			
18	certificado vigente de antecedentes judiciales (ponal)	No mayor a 90 días	✓	

19	certificado vigente responsabilidad fiscal (contraloria general de la república)	No mayor a 90 dias	✓	
20	certificado vigente de antecedentes disciplinarios (procuraduria general de la nación)	No mayor a 90 dias	✓	
21	Pantallazo impreso del sistema registro nacional de medidas correctivas de la POLICIA NACIONAL (RNMC).	No mayor a 90 dias	✓	
22	Registro único tributario (se debe adjuntar tanto el RUT como la verificación en la página web de la DIAN – consulta estado del RUT https://muisca.dian.gov.co/webrutmuisca/defconsultaestadorut.faces)		✓	
23	PANTALLAZO IMPRESO EN EL CUAL CERTIFIQUE QUE SE ENCUENTRA EL PRESTADOR DE SERVICIOS INSCRITO EN EL SECOP II SE PUEDE INGRESAR EN EL SIGUIENTE LINK https://community.secop.gov.co/STS/users/login/index?skinname=CCE		✓	
24	Constancia de afiliación al sistema integral de seguridad social en salud, pensión, deben incluir consulta página web RUAF		✓	
25	1. Todo el personal debe presentarse en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo para realizar la afiliación a Riesgos Laborales. 2. Entregar copia de certificado de afiliación a la ARL donde se verifique el NIT de la Regional o DISAN, en la oficina de contratos (se aclara que riesgos laborales se debe incluir en la carpeta maestra una vez suscrito el contrato, Personal tecnólogo en imágenes diagnósticas deben estar afiliados en Riesgo V.	No puede iniciar su ejecución contractual sin estar afiliado a Riesgos Laborales.	R ✓	
26	Acta de compromiso de cumplimiento de las normas de bioseguridad.	Formato SG-SST DIGSA	✓	
27	Certificado de exámenes ocupacionales de ingreso: con énfasis osteomuscular, visiometria y audiometria.	El examen tiene vigencia 3 años si no deja de trabajar continuamente.	✓	
28	Todo el personal debe solicitar en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo *"Formato de requisitos de vacunación según el cargo"*. (este formato sera revisado y aprobado por la oficina de SST en vista que es requisito para continuar el proceso de contratación). ☐ Actividades administrativas de archivo. **(Toxoide Tetánico y Difteria)** ☐ Actividades netamente administrativas en zona endémica. ☐ Actividades de servicios generales y mantenimiento. ☐ Actividades de manipulación de alimentos. ☐ Actividades administrativas y alternamente asistenciales con procedimientos. ☐ Actividades administrativas y alternamente asistenciales pero que no realizan procedimientos. **(Influenza estacional, Fiebre amarilla, Varicela, Triple Viral, DPTA , Neumococo)** ☐ Actividades únicamente asistenciales. **(Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza estacional, Fiebre amarilla, Varicela, Triple Viral, DPTA , Neumococo, Toxoide Tetánico y Difteria).**	Presentar copias legibles de carnets de vacunación y/o titulaciones vigentes a partir del año 2000.	✓	
29	Pantallazo impreso verificación de cada prestador de servicios que aparezca registrado en el (RETHUS) de acuerdo a lo establecido en la ley 1164 de 2007. Disposiciones Generales de igual forma debe incluir el número del acto administrativo. PERSONAL DE LA SALUD) que no se encuentren reportados, deben anexar oficio de solicitud de inscripción ante la secretaria de salud.		✓	
30	Anexo G "datos generales"		✓	
31	Concepto evaluación psicologia	No mayor a un año	✓	
32	Pacto de integridad		✓	
33	DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES		R ✓	
34	REGISTRO DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)		R ✓	

Fecha Elaboración: _____

Firma: _____

Postfirma: _____

Grado - Nombres y Apellidos

Funcionario responsable manejo expediente

Fecha Elaboración: _____

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ"

Al contestar, cite este número

Bogotá D.C 19 diciembre 2024

Señora Mayor
EMMANUHELA RESTREPO CELIS
Oficial Gestión Administrativa y Financiera DMSOC
Bogotá, D.C.

Asunto: Entrega Carpeta Personal PS

Con toda atención y debido respeto me permito entregar a la señora Mayor Oficial Gestión Administrativa y Financiera DMSOC, la carpeta correspondiente a un prestador de servicio del ESM, allegada al área de talento humano de la Regional 9, para su revisión según hoja de ruta, verificando los siguientes documentos en la plataforma SIGEP II, así:

BAS1 – MEDICO GENERAL

NOMBRE SERVIDOR PUBLICO:		**CEDULA:**		
SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES		**1.075.274.868**		
	REQUISITO EXIGIDO	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
7	Formato único hoja de vida impreso donde se certifique los documentos del SIGEP así; Talento Humano deben verificar los soportes de la información registrada. El contratista debe cargar los soportes de la información correspondiente a estudios y experiencia profesional. ú el formato único hoja de vida impreso del **SIGEP II**, debe estar debidamente firmado (firma, pos firma, No. de identificación) tanto por el futuro contratista, como por el oficial o suboficial de desarrollo humano o administrador de personal de la unidad militar. tiempo de experiencia, certificados de experiencia, Documentos adicionales, tarjeta y resolución de la profesión, procuraduría, contraloría, policía, judicial, Rut.		CUMPLE	
8	**1. BLS** (Soporte vital básico) para auxiliares de enfermería personal asistencial **2. BLS-ACLS** (Curso avanzado de Soporte Vital Básico) para Enfermeros. Terapeutas Respiratorios y Medico y Especialistas **3. Certificado Curso de Humanización del servicio** **4. Certificado de Capacitación de atención a Víctimas de Violencia sexual** para el personal de los servicios de consulta externa hospitalización y servicios prioritarios, establecidos en la resolución 459 de 2012. **Declaración escrita de objeción** de conciencia en salud en caso de que aplique para Ginecología y Medico General.		CUMPLE	
9	https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/ ➢ Declaración de conflictos de interés particulares ➢ Declaración del impuesto sobre la renta y complementarios ➢ Declaración de bienes y rentas	Anual registrar en la página Web de la función pública. Ley 2013 de 2019,	CUMPLE	
10	Certificación bancaria actualizada en original	No mayor a 90 días	CUMPLE	

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ"

11	Fotocopia cédula de ciudadanía.		CUMPLE	
12	Fotocopia tarjeta profesional y certificado de vigencia (cuando aplique)		CUMLE	
13	Fotocopia diploma bachiller y acta de grado		CUMPLE	
14	Fotocopia de diploma(s) de pre grado(s) y acta(s) de grado(s).		CUMPLE	
15	fotocopia de diploma(s) de posgrado(s) y acta(s) de grado(s)		CUMPLE	
17	certificado vigente de antecedentes judiciales (ponal)	No mayor a 90 días	CUMPLE	
18	certificado vigente responsabilidad fiscal (contraloría general de la república)	No mayor a 90 días	CUMPLE	
19	certificado vigente de antecedentes disciplinarios (procuraduría general de la nación)	No mayor a 90 días	CUMPLE	
20	Pantallazo impreso del sistema registro nacional de medidas correctivas de la POLICIA NACIONAL (**RNMC**).	No mayor a 90 días	CUMPLE	
21	Registro único tributario **(se debe adjuntar tanto el RUT como la verificación en la página web de la dian – consulta estado del rut https://muisca.dian.gov.co/webrutmuisca/defconsultaestadorut.faces**		CUMPLE	
28	Pantallazo impreso verificación de cada prestador de servicios que aparezca registrado en el **(RETHUS)** de acuerdo a lo establecido en la ley 1164 de 2007. Disposiciones Generales de igual forma debe incluir el número del acto administrativo. PERSONAL DE LA SALUD) que no se encuentren reportados, deben anexar oficio de solicitud de inscripción ante la secretaria de salud.		CUMPLE	
33	DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES		CUMPLE	
34	REGISTRO DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)		CUMPLE	

Se aprueba para continuar con el trámite correspondiente en área de contratación del DMSOC.

Respetuosamente,

Sargento Primero OSCAR ANDRES GUZMAN SANCHEZ
Suboficial Talento Humano - DMSOC

Elaboró: AA12 CAMILO ANDRES OSORIO
Auxiliar administrativo Talento Humano – DMSOC

Vo.Bo: CT. CORREDOR SANABRIA EDWIN ALBEIRO
Oficial Contratación PS DMSOC

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
ESTABLECIMEINTO DE SANIDAD BAS01

Tunja, enero 2025

Radicado N° **2225** /: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV05-BR01-BAS01-ESM-29.60

El suscrito Director del Establecimiento de Sanidad Militar BAS01, en cumplimiento a lo ordenado por el Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.4.9 Se permite:

AUTORIZA

Previa la revisión de los documentos de idoneidad para acceder al contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto es la prestación de servicios de **MEDICO GENERAL** al señor(a) **SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES CC.1075.274.868 DE PITALITO - HUILA**, para que suscriba el contrato de prestación de servicios de conformidad a los documentos obrantes en la carpeta contentiva del proceso precontractual.

Lo anterior se expide en Bogotá, en enero de 2025.

Capitán. **JESSEJ KATHERINE FUENTES PINZÓN**
Directora Establecimiento de Sanidad BAS01

Calle 22 N° 01-05 barrio el Dorado
Tunja, Boyacá
Esmbas01@gmail.com

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD BAS01

Tunja, Boyacá enero de 2025

Señora Mayor
EMMANUHELA RESTREPO CELIS
Oficial Administrativa y Financiera DMSOC

ASUNTO: Requerimiento del Cargo.

Con toda atención, me permito solicitar a la Señora Mayor Oficial Administrativa y Financiera DMSOC, la autorización del contrato de una **MEDICO GENERAL**; a **SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES CC.1075.274.868 DE PITALITO - HUILA**, en apoyo al ESM BAS01 para llevar a cabo las actividades relacionadas en las etapas, tal y como se señala a continuación:

FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA

1. Prestar sus servicios profesionales como MÉDICO GENERAL en el Establecimiento de Sanidad Militar BAS 01 de Tunja en el ÁREA DE CONSULTA EXTERNA, PRIORITARIA, ATENCION DOMICILIARIA, TRASLADOS EN AMBULANCIA, SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN Y DETECCIÓN y/o en los diferentes lugares dentro la jurisdicción de la Primera Brigada del Ejército Nacional (BR1) en que por necesidad del servicio se requiera; según la necesidad de la entidad contratante en el área que le sea requerido según la prestación de servicio contratado.
2. Deberá desempeñarse en el área asistencial y/o administrativa DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES REQUERIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD, tales como coordinadores, jefes de área o de servicio y/o subprogramas ASISTENCIALES, apoyo a los programas de P Y D PROMOCIÓN Y DETECCION, RIAS, EBAS Y TODO LOS DISPUESTO SEGÚN LA RESOLUCION 3280 DE 2018,RUTAS DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD, (RUTAS DE RIESGO Y DE MANTENIMIENTO, CARDIOVASCULAR MATERNO Y PERINATAL,ADOLESCENTE Y JUVENTUD,INFANCIA , ADULTO JOVEN, PRIMERA INFANCIA , ADULTO MAYOR, SALUD SEXUAL Y REPORDUCTIVA, CRONICOS, PATOLOGIA ALTO COSTO, LEY 2015 DE 2020,RESOLUCION 1995 DE 1999,SALUD MENTAL, DISCAPACIDAD (ADULTOS, JÓVENES Y NIÑOS), CUIDADOS PALIATIVOS, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN, SERVICIOS DE CONSULTA PRIOIRITARIA, CONSULTA DE URGENCIAS.
3. Oficial Administrativa y Financiera DMSOC, Reportar a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población, en los tiempos de oportunidad que en cada caso se indique por el área de vigilancia epidemiológica del ESM.
4. Participar en la elaboración desarrollo de programas de promoción y prevención de salud, brigadas médicas, emergencias por epidemias entre otras, para dar

Calle 22 N° 01-05 barrio el Dorado
Tunja, Boyacá
Esmbas01@gmail.com

respuesta inmediata a las necesidades de la población del Dispensario y de la jurisdicción.

5. Efectuar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para el personal de beneficiarios del Dispensario
6. UTILIZAR EN la historia clínica la firma y sello del profesional
7. EVIDENCIAR la no asistencia o cancelación de las CITAS MEDICAS, LA CUAL DEBERA ANOTARSE EN LA HERRAMIENTA SALUD.SIS.
8. En caso de realizar turno en consulta pricritaria deberá evolucionar a los pacientes que se encuentren en observación y/o alojamiento de hospitalización, O caso de requerirlo por su condición médica.
9. Todo paciente que SEA remitido a la red externa deberá ser valorado, evolucionado y REFERIDOS en el servicio de consulta pricritaria si el estado del paciente lo permite
10. Elaborar el consentimiento informado a los pacientes antes de la realización de cada procedimiento siempre y cuando lo amerite.
11. Velar por la política de seguridad al paciente emanada por la Dirección de Sanidad Ejército
12. Responder Y PARTICIPAR EN LOS DIFERENTES requerimientos del ente superior (Dirección General de Sanidad Militar, Dirección de Sanidad Ejercito, Quinta División DMSCC , Brigada 01) así como también de entes externos como Secretaria de Salud Departamental, Secretaria de Salud Municipal.
13. Integrar Y PARTICIPAR EN LOS DIFERENTES comités de carácter obligatorio en salud.
14. Cumplir en forma estricta y obligatoria el Sistema de Referencia y Contra Referencia establecido en el Subsistema, diligenciando los formatos correspondientes, para la ubicación y autorización por parte del Establecimiento De Sanidad Militar N°.-5176 dentro de la red de atención destinada para tal fin.
15. En caso de necesidades en la prestación del servicio, realizara apoyo para acompañamiento o traslado de pacientes en ambulancia a la red externa tanto local, área metropolitana (Tunja, Sogamoso, Duitama, villa de leyva, etc...) como del casco urbano.
16. Participar en las Brigadas de Salud, acciones cívico militares, atención domiciliaria y celebración de días conmemorativos (como el día de los niños, el día internacional de la discapacidad entre otros) programadas por la DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO PRIMERA BRIGADA Y DEMAS UNIDADES ANEXAS A LA JURISDICCIÓN DE LA PRIMERA BRIGADA, AL CANTÓN TENIENTE GENERAL GUSTAVO ROJAS PINILLA Y ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR N°BAS01, para los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las FFMM, , donde la entidad lo requiera.
17. Tener en cuenta y regirse a los acuerdos Y normatividad que rija el plan de servicios de las FF.MM
18. RECABESE CONOCER EL acuerdo No 052 del 01 de abril de 2013 por el cual se establece el manual de medicamentos y terapéutica para el SSMP y se dictan entre otras las siguientes disposiciones:

Calle 22 N° 01-05 barrio a Dorado
Tunja, Boyacà
Esmbas01@gmail.com

- La cantidad de medicamentos formulados a usuarios por consulta externa por tratamientos no crónicos se hará hasta por 30 días
- Solo se podrán prescribir medicamentos que se encuentran legalmente autorizados para su comercialización y expendió dentro del país.
- Para la formulación de medicamentos por fuera del manual único de medicamentos y terapéutica del SSMP, solo podrá ser prescrito como consecuencia el haber utilizado y agotado la posibles terapéuticas del presente manual, sin obtener respuesta clínica o para clínica satisfactoria en el término previsto en sus indicaciones, o de observar reacciones adversas en la salud del paciente, o porque existan contradicciones expresas sin alternativas en el manual. De lo anterior, se deberá dejar constancia en la historia clínica del paciente y en la justificación presentada ante el comité técnico científico, EL CUAL para su APROBACION Y DISPENSACION DEBE ENCONTRARSE COMO FAVORABLE.

19. Diligenciar adecuadamente la historia clínica basada en los lineamientos establecidos en las resoluciones 1995 de 1999 y 839 del 2017, elaborando la hoja de evolución de manera legible sin tachones y en orden cronológico con integralidad en la historia clínica física y/o magnética del paciente Comunicar inmediatamente al Supervisor del contrato, la ocurrencia de cualquier evento adverso que se presente en el desarrollo de prestación del servicio objeto de este contrato
20. Presentarse como mínimo con 10 minutos de antelación a atender consulta y / o actividades contratadas y esperar con mínimo 10 minutos al paciente programado que no responde al llamado de la consulta.
21. Presentar un informe de gestión mensual al supervisor del contrato.
22. Coordinar programas y/o subprogramas relacionados con la profesión
23. Participar en actividades docentes Y DE EDUCACION CONTINUADA, asistenciales organizadas tanto por la institución o el supervisor del contrato, orientadas a la permanente actualización en su área, especialidad y/o mejoramiento continuo de la prestación del servicio
24. Cumplir con las políticas que emiten los entes de control en referencia a los sistemas de información y/o verificación de derechos a cada usuario de ser necesario.
25. Cumplir con la agenda programada para cada paciente, respondiendo por la calidad y el tiempo mínimo de consulta o atención aprobado por la DISAN, DGSM y Superintendencia NACIONAL de Salud. Excepto para el servicio de atención prioritaria, en el cual se brindará la atención según la demanda, así como con la agenda o disponibilidad suministrada al ESMBAS01 de manera mensual para el funcionamiento de servicio
26. Estudiar y evaluar la información de los especialistas interconsultados para determinar la pertinencia de los tratamientos a seguir.
27. Ordenar los exámenes de diagnóstico que considere convenientes y/o necesarios y que se encuentren amparados por las coberturas de los servicios

a los cuales tienen derecho los usuarios y/o los acuerdo de servicios que tenga la entidad, y/o la debida justificación en caso de no estarlo.

28. Comunicar con 8 días de anticipación mínimo el cambio de agenda y el día para reprogramación LA CUAL debe estar dentro del mismo mes o en el mes siguiente previa autorización del supervisor y subdirector científico.
29. Cada profesional debe CONTAR CON los elementos básicos para la atención del usuario como lo es el fonendoscopio, tensiómetro y equipo de órganos

    - Informe de gestión SECOP2
    - Requisitos Técnicos científicos de calidad en el tiempo de consulta establecido en la Directiva 006 2015.

30. El contratista se obliga a Diligenciar las planillas de entrega de elementos de protección personal y a la debida utilización de los mismos.
31. En caso de dar por terminado el contrato de prestación de servicios y/o apoyo a la gestión deberá realizarse con treinta (30) días de antelación
32. En caso de solicitar terminación unilateral por decisión propia deberá informar por escrito con treinta (30) días de anticipación al supervisor del contrato, con el fin de no afectar la prestación del servicio
33. No se aceptan pólizas de asociaciones, el contrato de prestación de servicios y/o apoyo a la gestión debe contar con las pólizas que cubran la ejecución del contrato celebrado con el Dispensario Médico Suroccidente
34. Las demás funciones asignadas por autoridad competente, de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo

PARAGRAFO PRIMERO: Independencia del contratista: el contratista es independiente del Ministerio de Defensa- ejército Nacional y en consecuencia el contratista no es su representante, agente o mandatario. El contratista no tiene la facultad de hacer declaración, representaciones o compromisos en nombre del Ministerio de Defensa- ejército Nacional ni de tomar decisiones e iniciar acciones que generen obligaciones a su cargo.

De acuerdo a lo anterior cabe recalcar que, en este Establecimiento de Sanidad Militar, existe personal de planta, pero esta sobrecargado de trabajo lo cual impide el desarrollo de las actividades que se requieren, a efectos de, dar cumplimiento a los requerimientos del área.

Lo anterior para los fines que esa Dirección considere conveniente.

Capitán JESSEL KATHERINE FUENTES PINZON
Directora Establecimiento de Sanidad Militar BAS01

Calle 22 N° 01-05 barrio el Dorado
Tunja, Boyacá
Esmbas01@gmail.com

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD BAS01

Tunja, enero de 2025

Radicado N° **2217** /: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV05-BR01-BAS01-ESM-29.60

La suscrita Directora del ESM BAS01, en cumplimiento a lo ordenado por el Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.4.9 Se permite

CERTIFICAR QUE:

Previa la revisión de los documentos de idoneidad para acceder al Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto es la prestación de servicios como **MEDICO GENERAL** al señor(a) **SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES CC.1075.274.868 DE PITALITO - HUILA**, cumple a cabalidad con las condiciones de idoneidad establecidas por la ley y la entidad, previa la confrontación de la documentación allegada como contratista.

Lo anterior se expide en Tunja, enero de 2025.

Sargento Segundo **RICARDO OLIVEROS LAMBRAÑO**
Coordinador Talento Humano Establecimiento Sanidad Militar BAS01

ESM BAS01

Calle 22 N° 01-05 barrio el Dorado
Tunja, Boyacá
Esmbas01@gmail.com

ANEXO ÚNICO
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Que libre, y voluntariamente, de manera unilateral, a nombre propio, asumo el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERA: Que el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJÉRCITO NACIONAL / DIRECCIÓN DE SANIDAD adelanta la contratación directa cuyo objeto es prestar mis servicios profesionales como **MEDICO GENERAL,** para apoyar al Área de CONSULTA EXTERNA Y PRIORITARIA.

SEGUNDA: Que es propósito Apoyar la Gestión de la Institución en lo que hace referencia a todas las obligaciones específicas definidas en el contrato de prestación de servicios profesionales N° -
_____

TERCERA: Que siendo de mi interés efectuar la contratación directa enunciada en el considerando primero precedente, me encuentro dispuesto a asumir con la debida confidencialidad de la ejecución propia de los procesos y proyectos así como de la ejecución de las actividades; en tal sentido suscribo el presente documento de confidencialidad, por el cual se garantiza la absoluta reserva, en la medida que la información técnica, económica y jurídica, puesta a disposición contiene datos referidos a bienes y/o servicios destinados a la defensa y seguridad nacional.

CUARTA: Que por lo tanto asumo libre y espontáneamente este compromiso, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA: Mediante la suscripción del presente documento, asumo los siguientes compromisos:

1.1. EL CONTRATISTA no duplicará total o parcialmente la documentación recibida, a efectos de trasladarla a terceros que puedan tener interés en la información de los procesos y proyectos así como de la ejecución de las actividades de los mismos, en la información técnica, económica y jurídica.

1.2. EL CONTRATISTA se compromete a no permitir que en su nombre, alguien, bien sea empleado del mismo, o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor incurra en lo señalado anteriormente.

1.3. EL CONTRATISTA, se compromete formalmente a cumplir en todo momento las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso y la relación contractual y se imponen las siguientes obligaciones:

a) No revelar información propia del objeto de la presente contratación
b) No permitir que terceros obtengan información sobre los procesos y/o proyectos, las finalidades y sus componentes técnicos, económicos y jurídicos
c) No obrar a través de terceros o sugerir que terceros hagan lo propio en su nombre
d) No publicar información alguna, por medios de comunicación electrónica o correos internos que permita a terceros acceder a la información

1.4. EL CONTRATISTA se compromete formalmente a no efectuar acuerdos de naturaleza alguna con terceros que manifiesten interés en el asunto.

CLÁUSULA SEGUNDA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO. EL CONTRATISTA asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias que el Ministerio considere procedente imponer, entre ellas, la presentación pública de su conducta transgresora, igualmente si el Ministerio demuestra que con su actuación se vulneran los derechos, podrá ejercer las acciones civiles, penales y administrativas que le permitan restablecer su situación, previa indemnización del daño causado.

CLÁUSULA TERCERA: Declara Igualmente EL CONTRATISTA que toda la información que se produzca en la ejecución del contrato, será confidencial y/o reservada.

En constancia de lo anterior y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de TUNJA del 15 mes de ENERO del 2025.

SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES
CC. 1.075.274.868 DE NEIVA – HUILA
CONTRATISTA

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
Salazar	Torres	Silvia Piedad

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1075274868	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 17 MES 10 AÑO 1993	AVENIDA 29 1 34 ORIENTAL CASAS FISCALES BARRIO MALDONADO EDIFICIO CHINCHA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOYACÁ
DEPTO	HUILA	MUNICIPIO	TUNJA		
MUNICIPIO	PITALITO	TELÉFONO	3223114484	EMAIL	silvia.5458@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2009
										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	12	X		MEDICINA	11	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 VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3185825490	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 30N 9 30 BARRIO MALDONADO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* VILLAGARZÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3107643099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	20	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA DE CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CALLE 16N 16 0					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PITALITO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0000000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	05	*Año* 2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* Carrera 14 A No. 9A-65					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PITALITO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 000000000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	04	*Mes*	04	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS					*DIRECCION* - PITALITO HUILA					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	3	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	6

6 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 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 MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Tunja Boyacá

Silvia Juliet Salazar Torres

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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.

Tunja, Boyaca
Ciudad y fecha

Sd Yimmy Bustos Cooca
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES

Función Pública | Aplicativo por la Integridad pública — Declaro Publico Controlo

Declaración de Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Recuerde verificar también si, según el **Decreto 830 de 2021**, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en **Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)** en el menú superior del aplicativo.

Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Formulario 2.125.193 finalizado

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación	E
	2125193-01 Declaración inicial	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1	CONTRATISTA	PERIÓDICO	2024-11-27 18:57	2024-11-27 19:21	F
	1372166-01 Declaración inicial	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1	CONTRATISTA	PERIÓDICO	2023-12-14 19:16	2023-12-14 19:24	F
	749570-01 Declaración inicial	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1	CONTRATISTA	INGRESO	2022-11-23 08:34	2022-11-23 08:59	F

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Aplicativo por la Integridad Pública

1.5.11

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	2024-11-27 19:21

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SILVIA	PIEDAD	SALAZAR	TORRES

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1075274868

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	PITALITO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	TUNJA

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	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 Residencias Tequendama Torre Norte Oficina 204"]
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:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$65.558.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$65.558.000,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$5.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	HUILA	PITALITO	$69.687.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO	$77.321.000,00

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:

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
WILLIAM	ALEJANDRO	BEJARANO	HOLGUIN

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1054566488

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:

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES

C.C. 1.075.274.868

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

BAJO LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA)

Realizado los días 21 y 22 de noviembre de 2022, con una intensidad horaria de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 22 de noviembre de 2024.

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN PITALITO - HUILA, A LOS 26 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2022.

ADRIANA STELLA PARRA DOVAL
REPRESENTANTE LEGAL

DAYRA GINA PARRA DOVAL
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
NIT. 36307217-1

WWW.WORLDSERVICEAC.COM
CARRERA 9 No. 12-58 B/ CHAPINERO
TELS. 317 226 6778 - 316 412 3069

POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES

C.C. 1.075.274.868

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

BAJO LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA)

Realizado los días del 23 al 27 de noviembre de 2022, con una intensidad horaria de 48 horas.
Certificación vigente hasta el día 27 de noviembre de 2024.

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN PITALITO - HUILA, A LOS 27 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2022.

ADRIANA STELLA PARRA DOVAL
REPRESENTANTE LEGAL

DAYRA GINA PARRA DOVAL
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
NIT. 36307217-1

WWW.WORLDSERVICEAC.COM
CARRERA 9 No. 12-58 B/ CHAPINERO
TELS. 317 226 6778 - 316 412 3069

POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES

C.C. 1.075.274.868

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Realizado los días 28 y 29 de noviembre de 2022, con una intensidad horaria de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 29 de noviembre de 2024.

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN PITALITO - HUILA, A LOS 29 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2022.

ADRIANA STELLA PARRA DOVAL
REPRESENTANTE LEGAL

DAYRA GINA PARRA DOVAL
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
NIT. 36307217-1

WWW.WORLDSERVICEAC.COM
CARRERA 9 No. 12-58 B/ CHAPINERO
TELS. 317 226 6778 - 316 412 3069

POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES

Con Documento de Identidad No 1075274868

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

MEDELLÍN - 15 DE AGOSTO DE 2020 AL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2020
Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas No 0020200918

www.politecnicodecolombia.edu.co

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 200918A-227717

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

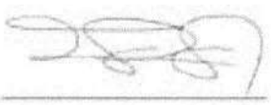
Que nuestro(a) cliente SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,075,274,868 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 714376084 aperturada el 19 de mayo de 2022 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 13 de noviembre de 2024.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0714376084
Cuenta de 16 dígitos:	0714000200376084
Cuenta de 20 dígitos:	00130714000200376084

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.075.274.868

SALAZAR TORRES
APELLIDOS

SILVIA PIEDAD
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-1993

PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

10-NOV-2011 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1006100-00032702-F-1075274868-20170306 0054122835A 1 47207312

La salud es de todos | Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES

C.C. 1075274868

MÉDICO

Universidad Surcolombiana

Neiva

Grado: 18/12/2020

Rethus: 04/05/2022



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 P.H.
info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

Institución Educativa

Normal Superior

Pitalito – Huila

Con Reconocimiento Oficial de la Gobernación del Huila según Resolución No. 2837 del 3 de septiembre de 2009, Resolución de Acreditación de Calidad y Desarrollo No. 3148 del 10 de diciembre de 2003 y Decreto No. 3491 del 14 de septiembre de 2009 del Ministerio de Educación Nacional

Confiere a:

Silvia Piedad Salazar Torres

Identificado (a) con T.I. Nº. 93101710074 de Pitalito

El Título de:

Bachiller Académico

con Profundización en Pedagogía

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo con lo establecido en la Ley 115 de 1994 y con el Proyecto Educativo Institucional

Sergio Tulio Mejía Santacruz
C.C. Nº. 12.953.536 de Pasto
Rector

Magda Milena Núñez Cano
C.C. Nº. 36.286.211 de Pitalito
Secretaria

Acta General de Graduación Nº. 136 Libro Nº. 01 Folio Nº. 308-314

Dado en Pitalito Huila, a los 4 días del mes de diciembre de 2009

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

Institución Educativa

Normal Superior

Zona R.E. N° 331312-003

Inscripción Dane N° 141330000341

Nit 891180133

Pitalito – Huila

Telefax 8360427

Acta Individual de Graduación

En Pitalito Huila, a los 4 días del mes de diciembre de 2009, se reunieron el Rector, la Comisión de Evaluación y Promoción y Secretaria, con el fin de formalizar la Graduación de los estudiantes de grado Undécimo en la Rectoría de la Normal Superior, con Reconocimiento Oficial de la Gobernación del Huila según Resolución No. 2837 del 3 de septiembre de 2009, Resolución de Acreditación de Calidad y desarrollo No. 3145 del 10 de diciembre de 2003 y Decreto No. 3497 del 14 de septiembre de 2009 del Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el título de Bachiller Académico con Profundización en Pedagogía.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media y de acuerdo con los conceptos emitidos por la Comisión de Evaluación y Promoción, se procederá a otorgar el título de:

Bachiller Académico

con profundización en Pedagogía

Al Graduando cuyos nombres, apellidos e identificación, se relacionan a continuación:

Silvia Piedad Salazar Torres

Identificado(a) con T.I. N° 97091719021 de Pitalito

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación N° 138 del 4 de diciembre de 2009 Folio N° 308 - 314 que consta de 107 estudiantes graduandos, comienza con el nombre de Aguirre Castro Kelly Johanna y se cierra con el nombre de Zuñiga Quimbaya Arley Fernando.

Cumplió con las 80 horas de Servicio Social y 30 horas de Constitución Política Colombiana.

Firmada por: Cesar Julio Mejía Santacruz C.C. N° 12 233 330 de Pasto (Rector) y

Magda Milena Nates Cano C.C. N° 36 350 211 de Pitalito (Secretaria)

Dada en Pitalito Huila a los 4 días del mes de diciembre de 2009.

Cesar Julio Mejía Santacruz
C.C. N° 12 233 330 de Pasto
Rector

Magda Milena Nates Cano
C.C. N° 36 350 211 de Pitalito
Secretaria

NOTA: Según Decreto No. 1324 del 10 de Abril de 1992 los registros autenticados de firmas

UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA

Creada por la Ley 13 de 1976 y reconocida mediante Resolución No. 9062 del 26 de octubre de 1976 expedida por el Ministerio de Educación Nacional M.E.N.

Considerando que:

SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.075.274.868 de Neiva

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, le otorga el título de:

Médica

En la Ciudad de Neiva - Huila, a los 18 días del mes de diciembre de 2020.

Rector | Secretario General | Decano de la Facultad

Acta de Grado No. 719 Registrado en el Folio 1186 del Libro de Diplomas No. 3

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA

Creada por la Ley 13 de 1976 y reconocimiento Institucional por Resolución No. 9062 del 26 de octubre de 1976 expedida por el Ministerio de Educación Nacional M.E.N.

Acta de Grado No. 719

En atención a que el estudiante de Pregrado:

SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES

C.C. No. 1.075.274.868 de Neiva

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, le otorga el título de:

MÉDICA

En nombre y representación de la Universidad y de la República de Colombia, el Secretario General tomó el juramento de rigor.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta en la ciudad de Neiva, a los 18 días del mes de diciembre de 2020.

Rector

Vicerrector Académico

Decano de la Facultad

Secretario General

Registrado en el Folio 1186 del Libro de Diplomas No. 3

Escaneado con CamScanner

Radicado N° 2142 / MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV05-BR01-BAS01-ESM-29.60

15	OPS	GARCIA CÁCERES ANA LUCIA DEL PILAR	40045371	MEDICO GENERAL	3106088478
16	OPS	BRANDON JOSE PIRAQUIVE MONROY	1032467873	MEDICO GENERAL	3138064190
17	OPS	SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES	1075274868	MEDICO GENERAL	3223114484
18	OPS	MUÑOZ CARDENAS DIANA PAOLA	52863819	ODONTOLOGIA	3165578842
19	OPS	ASTRID ALEJANDRA PEREZ BARON	1049618564	ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD	3138225515
20	OPS	DANIELA MELISSA PINTO MOSQUERA	1049648405	TRABAJADOR SOCIAL	3103729161
21	OPS	JENNY PATRICIA SUAREZ CARO	1049629156	PSICOLOGA	3112311300
22	OPS	PAULA ALEJANDRA PIRAQUIVE LOPEZ	1049659149	NUTRICIONISTA	3135430282

ENTREGA:

SV. YIMMY BUITRAGO GARCIA
Suboficial Planes ESM BAS01

RECIBE:

ANDRÉS GUTIERREZ ESCALANTE
Suboficial De Seguridad Militar BAS 01
C.C. 1030581643

ESM BAS01

Calle 22 N° 01-05 barrio el Dorado
Tunja, Boyacá
Esmbas01@gmail.com

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:25:27 PM horas del 19/11/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1075274868**

Apellidos y Nombres: **SALAZAR TORRES SILVIA PIEDAD**

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.

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 19 de noviembre de 2024, a las 22:24:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1075274868
Código de Verificación	1075274868241119222435

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. 258345190

PIB
22:23:16

Bogotá DC, 19 de noviembre 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 PIEDAD SALAZAR TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1075274868:

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

(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, 19/11/2024 10:27:21 p. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **1075274868**

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. **105370238** . 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14824899225

(415)7707212489984(8020) 000001482489922 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 7 5 2 7 4 8 6 8	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

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	1075274868	2011111 10

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SALAZAR	TORRES	SILVIA	PIEDAD

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Pitalito 5 5 1

41. Dirección principal: C R 5 N 2 39

42. Correo electrónico: silvia.5458@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 7 5 2 8 4 0 8	

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 9	2 0 1 9 1 2 0 1	8 2 9 9	2 0 1 9 0 7 2 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 0																									

20- Obtención NIT

Obligados 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 2022 - 04 - 26 / 11 : 19: 58

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SALAZAR TORRES SILVIA PIEDAD
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

¿Dónde estoy?: **Inicio | Usuarios registrados**

Consulte su estado RUT.

REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO.

Por favor suministre los siguientes datos

NIT	1075274868	DV	5
Primer Apellido	SALAZAR	Segundo Apellido	TORRES
Primer Nombre	SILVIA	Otros Nombres	PIEDAD
Fecha Actual	19-11-2024 22:26:11		
Estado	REGISTRO ACTIVO		

Registro Activo: Corresponde a los NIT que se encuentran vigentes en la base de datos de la DIAN.

Buscar Limpiar

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas



Sugerencias SECOP



NOTICIAS SECOP
PLANILLA DE PAGOS

Se presentará Inactivación del servicio **"Consulta planilla"** por actualización técnica del servicio. Durante este tiempo la aprobación de la planilla se deberá realizar de forma manual.

Actualización registro de usuarios y proveedores
A partir del 19 de septiembre, al ingresar al SECOP II verifica que tus datos sean correctos y estén completos.

Gracias a tu ayuda **SECOP II** seguirá mejorando.

#SecopIICadaVezMejor

◄ ►

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Salud

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2024-11-01

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1075274868	SILVIA	PIEDAD	SALAZAR	TORRES	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2024-11-01

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
NUEVA EPS S.A.	Contributivo	01/07/2023	Activo	COTIZANTE	TUNJA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2024-11-01

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2021-03-11	Activo no cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2024-11-01

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2024-02-01	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2024-07-31	Activa		Boyacá- TUNJA

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2024-11-01

No se han reportado afiliaciones para esta persona

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES** identificado con **CC** No. **1075274868**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS - NI. 901055156	**Fecha de inicio de cobertura:** 31/07/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 31/07/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401021143621.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de noviembre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15_v_07

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES identificado con CC 1075274868 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS

Los siguientes son los datos basicos de dicha afiliación:

Fecha de activación de servicios:	01/07/2023
IPS cotizante:	CLINICA CHIA S.A.S. SEDE TUNJA
Categoria:	A
Estado:	Vigente

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá QUIEN INTERESE a los 13 dias del mes de Noviembre del año 2024

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

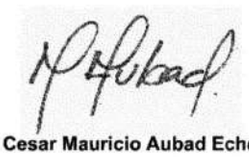
NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SALAZAR TORRES SILVIA PIEDAD** identificado(a) con **CC** número **1.075.274.868** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de marzo de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 06 de noviembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20241106210 22

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Salud

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2024-11-01

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: TRADICIONAL	FONDO NACIONAL DEL AHORRO	2021-06-01	VIGENTE	

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2024-11-01

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2024-11-01

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad DIGSA Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1 Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: **Enero 2025** **Acta No.** **1796**

ESM:

Sección: **CONSULTA EXTERNA**

Tipo Vinculación: **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**

Cargo: **MEDICO GENERAL**

Yo; **SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES** Identificado(a) con C.c. **1.075.274.868** de **Neiva (Huila)** me Comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe reenfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.
- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:

Silvia Tiedd Salazar Torres

Firma Trabajador y/o Funcionario

C.c. 1.075.274.868 **De Neiva (Huila)**

Omaira J. Narvaez R.
Psicologa U. Nacional
Esp. Salud Ocupacional UPTC
Resol. 1146

Firma Líder de SST del centro de trabajo

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

DISTRIALTURAS & SALUD LABORAL

901.311.051-9

DISTRIALTURAS & SALUD LABORAL

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CALLE 3 # 1B - 23 B. Quinche TEL: 3132808690 -3157312154

Certificado medico numero: A - 8000

Fecha y hora: 3/05/2022 9:08

Lugar: Pitalito - Huila



Datos Personales

SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES

Número de Identificación: 1.075.274.868 **Fecha de Nacimiento:** 17/10/1993 **Edad:** 28

Genero: F **Rh:** O+ **Dirección de Residencia:** CR 5 2 39 TRINIDAD

Nivel Académico: Universitario **Estado:** Completo **Profesión:** MEDICINA

Teléfono: 3208300611 **Estado civil:** Soltero (a) **Lateralidad:** Derecho (a)

Información de la Empresa

Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR **NIT:** 813005295

Dirección: CR 14 A 9 A 65 **Cargo:** MEDICO

Fecha de ingreso: 3/05/2022 **Fecha de retiro:** **Área:** Operativa **Turno:** Diurno

Tipo de examen

Pre-Ingreso

Énfasis

◦ Osteomuscular ◦ Dermatológico

Concepto medico

CONCEPTO DE APTITUD PARA PRE-INGRESO

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

APTITUD SEGÚN ENFASIS

SIN RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

REMISION

ESPECIALISTA:

Examen Físico

Peso: 81 kg **Altura:** 1,64 Mts **IMC:** 30,12

Obesidad Tipo I

Autodiagnóstico de sintomatología para COVID-19 (Ultimas dos semanas)

Fiebre NO **Tos** NO **Cansancio** NO **Malestar General** NO **Dolor de Garganta** NO **Dificultad Respiratoria** NO **¿Ha tenido COVID-19?** NO

Observación: Según lista de chequeo, hasta la fecha el paciente no presenta síntomas relacionados a COVID-19

Resultados de Exámenes de Laboratorio y Pruebas Funcionales

Examen	Fecha	N	A	Examen	Fecha	N	A	Examen	Fecha	N	A

Otros

		D		I				D		I	
Examen	**Fecha**	**N**	**A**	**N**	**A**	**Examen**	**Fecha**	**N**	**A**	**N**	**A**
Audiometría						Visiometría					

Valoracion Psicológica Laboral: N/A

Recomendaciones Generales

SE DAN RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS SEGÚN SU TAREA, CON USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR SU EMPRESA. REALIZAR SIEMPRE PAUSAS ACTIVAS CADA 1 O 2 HORAS POR AL MENOS 5 A 10 MINUTOS CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y MOVILIZACION DEL TRONCO, ALTERNAR POSICIONES DE BIPEDESTACION -SEDESTACION, EN SU SITIO DE TRABAJO. CUMPLIR CON ACTIVIDADES DE SST DE SU EMPRESA. RECOMENDACIONES SOBRE HIGIENE Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: LAVADO DE MANOS ANTES, DURANTE Y POSTERIOR A MANIPULACION DE ALIMENTOS, PROCURAR BAJA INGESTA DE SAL, AZUCARES, ENLATADOS Y EMPAQUETADOS, EVITAR HABITO DE TABAQUISMO O LICOR; REALIZAR EJERCICIOS AEROBICOS MINIMO 3 VECES POR SEMANA POR AL MENOS 30 A 40 MINUTOS. ACATAR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA COVID 19 ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA, USAR SIEMPRE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS CONSTANTE Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL. MANTENER LIMPIAS LAS SUPERFIECIES DE TRABAJO Y LAS HERRAMIENTAS ASIGNADAS (SEGÚN PROTOCOLO). SE RECOMIENDA ASISTIR A PUNTOS DE VACUNACION EN CASO DE NO TENER VACUNA CONTRA COVID 19.

Plan de Manejo / Recomendaciones Especificas

CONTROL POR NUTRICION, SEGUIR INDICACIONES. SE INDICA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL CONTRA RIESGO BIOLOGICO POR COVID 19. SE DAN RECOMENDACIONES DE POSICIONES ERGONOMICAS EN SU SITIO DE TRABAJO Y PARA LA MANIPULACION DE CARGA – DESCARGA DE ELEMENTOS (HERRAMIENTAS DE TRABAJO). EN CASO DE USAR= POSICION DE COMPUTADORA FRENTE AL USUARIO Y A DISTANCIA DE 45 CM A LOS OJOS, SILLA ERGONOMICA Y REPOSAPIES, RESTO DE MATERIALES SOBRE EL ESCRITORIO DEBEN SER CERCANOS Y EVITAR POSICIONES FORZADAS AL USARLOS.

Restricciones

NO

Firma del Médico

Nombre: Jhonathan Barrera Arciniegas

Licencia: R.M 1049622905 Lic. 00341

Jhonathan Barrera

C.C:. 1.075.274.868

Firma del Paciente

Nombre: SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES

Este certificado se encuentra regido según la Resolución 1995 de 1999 modificada por la Resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y ajustada a la Resolución 2346 del 2007, modificado en los Artículos 11 y 17 por la Resolución 1918 del 5 de junio del 2009.

Resolución 2242 de 2019 - Licencia para prestación de servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo Expedida por la Secretaria de Salud Departamental del Huila Resolución 1562 del año 2012. Este certificado tiene una vigencia de un año siempre y cuando no se presenten cambios en su tipo de contratación.

Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y el propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias realizados por DistriAlturas & Salud Laboral S.A.S.

OPTICALIA
PITALITO

CERTIFICADO - LABORAL

Opticalia Pitalito - NIT:36281097
CR 5 # 6 - 46
8368600 - 321 457 6239 - 321 457 6239

Paciente: Silvia Piedad Salazar ID: CC 1075274868 Teléfono: 3223114484

AGUDEZA VISUAL

	AV Lejos	AV Cerca	AV PH
OD	20/20	0.5 M	
OI	20/20	0.5 M	
AO	20/20	0.5 M	

Estereopsis 40° *de arco CC*
Visión Cromática: 14/14

OFTALMOSCOPIA
OD: Fondo de Ojo | Normal
OI: Fondo de Ojo | Normal
Campo visual: 80 %

FÓRMULA

	ESF	CIL	EJE	PRS	BAS	ADD	AV Lejos	AV Cerca	DPN	ALT
OD	N						20/20	0.5 M	32	
OI	N						20/20	0.5 M	32	
AO							20/20	0.5 M		

Diagnósticos: 000 emétrope
Conducta: Se da RX de descanso

Dr. Joaquin Pacheco Roc
Optometra
CTNPO.

Profesional: Joaquin Pacheco

AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

Lorena Calvache Fonoaudióloga Esp. Audiología

I. INFORMACION GENERAL

Nombre Silvia Piedad Salazar Torres. Fecha de Evaluación: 6/12/22.

Documento 1075274868. Edad 29 anos.

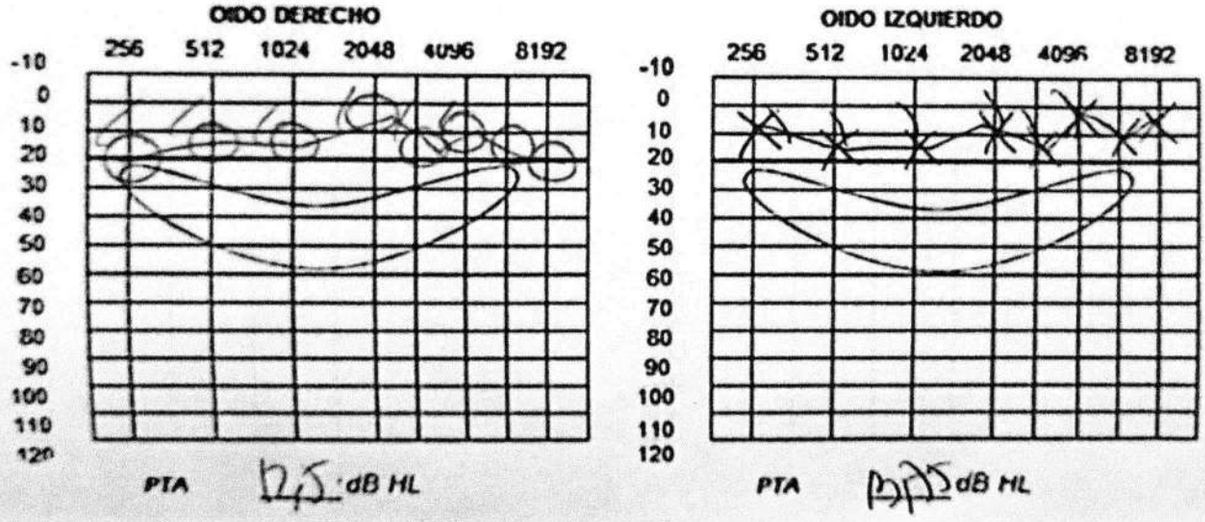
Empresa Gelato Nacional Cargo Médico general.

II. Examen: INGRESO X PERIODICO_____ EGRESO_____

III. ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES, PERSONALES Y EXTRALABORALES

(marque con una X si PRESENTA)

○ Exposición a ruido ocupacional #Horas_____ ○ Protección auditiva ○ Prestó servicio militar ○ Usa audífonos	○ Plenitud aural ○ Otalgia ○ Otorrea ○ Vértigo ○ Acufenos ○ Diabetes	○ Cirugías de oído ○ Microtia ○ Trauma cráneo encefálico ○ Hipertensión	Practica con frecuencia ○ Motociclismo ○ Natación



Hallazgos audiológicos sugieren:

Audición normal bilateral

OBSERVACIONES:

EQUIPO: Audiómetro: Oscila M960 Auriculares: TDH 39

Lorena Calvache Coral
Fonoaudióloga
Esp. Audiología
Mat. 1894

LORENA CALVACHE CORAL
FONOAUDIOLOGA
Especialista en Audiología

Cra.5 # 6-59 Edificio Orquidea Real- Oficina 105 - Cel: 3017402063 Pitalito-Huila

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades netamente asistenciales DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-116
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
3, No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos: Salazar Torres		Nombres: Silvia Piedad	
N° de Documento: 1075274868		Edad:	
Genero:	Mujer: X		Hombre:
Profesión u ocupación: Medico general		Número de contacto: 3223114484	
Correo electrónico: silvia.3458@hotmail.com			

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA		DISAN EJC	X.	DISAN ARC		JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar: ESM BASOI

Cargo al que aspira: Medico General

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carné de vacunación?	X	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	08/03/21
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	06/05/17
			2da	SI	12/06/117
			3ra	SI	08/03/2021
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema		
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	4/08/2019
			2da	SI	22-09-2019
			3ra	SI	4-10-2019
			4ta	SI	08-03-2021
			5ta	SI	25-02-2022
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
	Hombre		1ra		
			2da		
			3ra		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	SI	23-08-2024
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	SI	08/03/2021
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	08/03/2021
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	SI	08/03/21
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra 1 Refuerzo cada 10 años al terminar		
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1ra 1 Refuerzo cada 5 años al terminar	SI	08/03/21

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente, lo anterior teniendo en cuenta que si no se sigue esta recomendación se interfiere en su respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES:

Cumple esquema vacunación según labor

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI		NO		

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI		NO		

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se contipara como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Carolina Cruz
AUX. DE ENFERMERÍA
C.C. 1002

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Omaira L. Narváez R.
Enfermera U. Nacional
Esp. Salud Ocupacional UPTC
Resol. 1148

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Silvia Salazar Torres

Firma del aspirante

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	06-05-17	032	ZAC Sonia
	2	12-06-17	032	26AC Sonia
	3	08-03-21	0358X012	Glenis.
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Silvia Piedad

Apellidos: Salazar Torres

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 107527 4868

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 10 Año 2923

Carolina Cruz
AUX. DE ENFERMERÍA
C.C. 30024920

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d202efce-f516-4066-b6ae-d2cca1084af3

Nombres y apellidos / Full name: **SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 7 5 2 7 4 8 6 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **17/10/1993**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3223114489**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Sin rango de edad	TD Adulto	Tercera	4	8	2014	(1)	024L1015C	NEIVA CORPORACION IPS	
Sin rango de edad	TdaP Acelular Gestantes	Anual	22	9	2014	(2)	AC37B151AA	NEIVA CORPORACION IPS	
Sin rango de edad	TD Adulto	Cuarta	4	10	2014	(3)	024L1015C	NEIVA CORPORACION IPS	
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	26	4	2020		V50220006	FLORENCIA E.S.E HSP DPTAL MAR	Yuvely Vargas Devia
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	9	5	2021	PFIZER	ET6924	PITALITO GRUPO EXTRAMURAL	SANDRA CUELLAR
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	22	6	2021	PFIZER	EW0216	PITALITO GRUPO EXTRAMURAL	SANDRA LILIANA CUELLAR LEON
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primer Refuerzo	12	2	2022	PFIZER	210958	PITALITO CS CALAMO	SANDRA LILIANA CUELLAR LEON
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	24	8	2022	PFIZER	PCA0075	PITALITO CS BRUSELAS	YURANI BENAVIDES MUÑOZ
Sin rango de edad	Meningococo tetravalente ACWY particular	Refuerzo	18	7	2023		AMVA855A	IPS SAMYSALUD SAS	AYDA TELLEZ
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	23	8	2024	Green Cross	V50524005	VENTAQUEMADA ESE CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO	MIRYAM PORRAS

Carolina Cruz
AUX. DE ENFERMERIA
C.C. 30024920

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica quelos datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

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

The Ministery of Health and Social Protection certifiesthat the informatión in this document was extractedfrom **PAIWEB**, according to the Wide **Program ofInmunization - PAI** (by its acronym in spanish: ProgramaAmpliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder ofthis document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

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

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

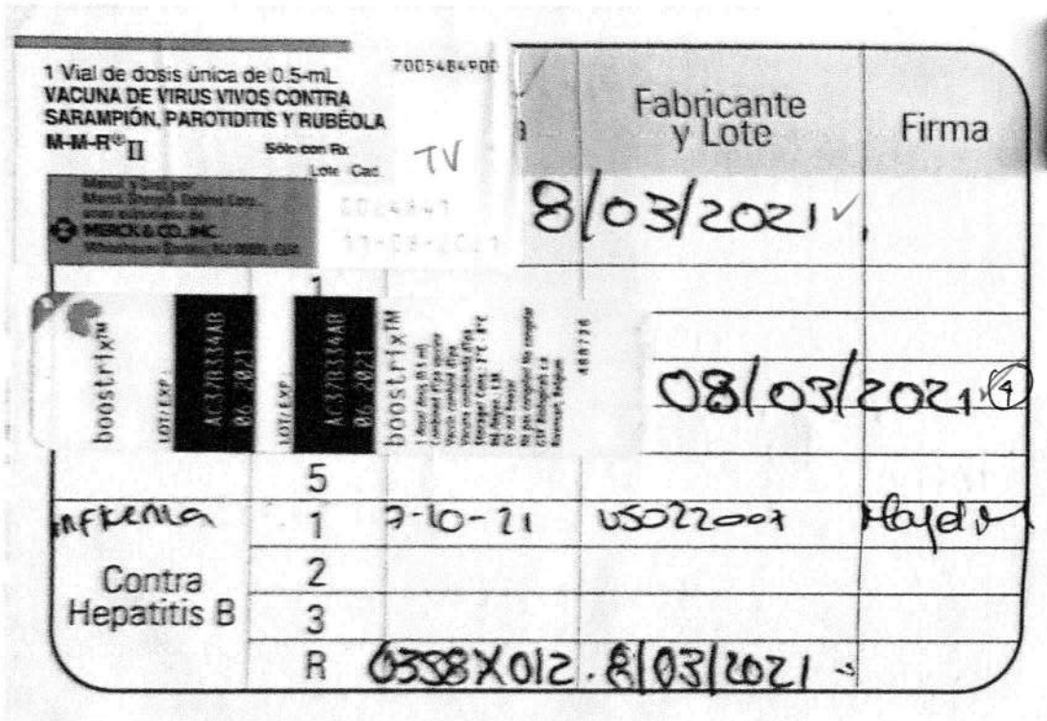
MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	SILVIA PIEDAD			
Apellidos:	BALAZAR TORRES			
Documento de identidad:	C.C. X	T.I.	Pasaporte	No. 1075274868
Fecha de Nacimiento:	Día 17	Mes 10	Año 1993	

Carolina Cruz
AUX. DE ENFERMERÍA
C.C. 30024920





Carolina Cruz
AUX. DE ENFERMERÍA
C.C. 30024920

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Silvia

Apellidos: Salazar Tellez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1067279868

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 10 Año 1993

Carolina Cruz
AUX. DE ENFERMERÍA
C.C. 30024920

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	25-2-22	221502619E	Amda M 15
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B		1			
		2			
		3			
Antirrábica		1			
		2			
		3			
		4			
Influenza estacional		Anual	7/10-2021	U5072007	Sanofi
Otras					

Carolina Cruz
AUX. DE ENFERMERÍA
C.C. 30024920

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Silvia Piedad
Apellidos: Salazar Torres
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1.075274868
Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 10 Año 1993

Carolina Cruz
AUX. DE ENFERMERIA
C.C. 30024920

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampion - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetanico - Diftereico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5.	08-11-23-2332-Lot 4B		E Salud NIT. 900 VACUI
Tdap acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	7/10/2021	USJ 21007	
Meningococo		19/07/2023	AMVABSSA	
Otras				Lote: AMVABSSA Exp: 10/2024
INF: U 08-11-23-230049				Sa

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	09/05/21	Pfizer.	FT6924	ESE Manuel castro Tovar	Alejandra Perdomo	Alejandra Perdomo Auxiliar Enfermería Reg. 483
	2	27-06-21	Pfizer	EW0216	ESE MCT	Diana Auxiliar Enfermería Reg 1401	
	refuerzo 10-02-22		Pfizer.	2109 58	ESE MCT.	Alejandra Perdomo Auxiliar Enfermería C.C. 1.007.284.167 Reg: 483	

Carolina Cruz
AUX. DE ENFERMERÍA
C.C. 30024920

DOSIS	FECHA	FABRICANTE	LOTE
4	25-08-22	PFIZER	PC40075.
IPS VACUNADORA	NOMBRE DEL VACUNADOR		CEDULA VACUNADOR
MANUEL CASTRO	CAROL MARTINEZ	Carol Adriana Martinez	1037[illegible]578

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Silvia Piedad.

Apellidos: Salazar Torres.

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte PEP otro cual:

No. 1075.274.868.

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 10. Año 1993.

Carolina Cruz
AUX. DE ENFERMERIA
C.C. 30024920

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 *

1075274868

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5807

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-11-19→10:31:28 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1075274868	SILVIA	PIEDAD	SALAZAR	TORRES	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES identificado(a) con CC 1075274868 registra La siguiente información:

2024-11-19→10:31:28 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2022-05-04	99906	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|HUILA|PITALITO	2021-04-05	2022-04-04	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES, mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.075.274.868, actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo Cédula de Ciudadanía Pregrado - Universidad Posgrado - Universidad	SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES 1.075.274.868 UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
Hace parte reserva activa	SI [ ] NO [X] Indique causal de retiro [ ] Solicitud propia [ ] Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. [ ] Por llamamiento a calificar servicios. [ ] Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. [ ] Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. [ ] Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandonamiento del servicio.

	[ ] Por incapacidad profesional. [ ] Por retiro discrecional. [ ] Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión SI X Indique cual Proteccion Fecha 11-03-2021 NO
Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	Contratante Objeto contractual Vigencia
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Dirección: AVENIDA ORIENTAL 29 - 134 CASAS FISCALES BARRIO MALDONADO EDIFICIO CHINCA / Ciudad: TUNJA
Teléfono fijo - Teléfono celular	322 3114484
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: BBVA Sucursal: PITALITO HUILA No. de Cuenta: 714376084 Ahorros [X] Corriente [ ]
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: Tel. Celular: 322 3114484
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	silvia.5458@hotmail.com
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	Contratista No. de Contrato: Objeto: Plazo: Vlr. Total Contrato:
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato Objeto

	Plazo Vlr. Total contrato
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato No. de contrato objeto Plazo Vlr. Total contratado
Pertenezco al régimen tributario	Común__ Simplificado__
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA_X_ Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA __ NO APLICA_X_ El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ___ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ___ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	CASADA

Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre WILLIAM ALEJANDRO BEJARANO HOLGUIN Identificación 1.054.566.488 Empresa - entidad en la cual labora o presta servicios - NIT - tel. contacto SUBOFICIAL Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC -FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI [X] Especifique: EJERCITO NO [ ]
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos 1 Nombre JUAN ESTEBAN HURTADO SALAZAR Identificación 1.079.536.973
Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	SI Grado de consanguinidad Cargo que desempeña NO_X__
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI [ ] Especifique: NO [X]

Nombre Completo: **SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES**
Identificación: 1.075.274.868 Neiva (Huila)

Firma:



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLON DE ASPC N° 1 "CACIQUE TUNDAMA"
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS01

Tunja, Boyacá 17 diciembre de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES
CEDULA: 1075274868
EDAD: 31 AÑOS
TELEFONO: 3223114484
LABOR A LA QUE ASPIRA: MEDICO GENERAL

Se realiza entrevista semiestructurada para personal civil por OPS en el mes de diciembre 2024.

Según información obtenida se evidencia profesional orientada en tiempo, lugar y persona, alerta, coherente, apariencia, porte y actitud acordes a edad y rol social.

Manifiesta áreas de ajuste funcionales, familia nuclear funcional, adecuada red de apoyo y soporte familiar, autoesquemas positivos, adecuado manejo frente a situaciones que generan presión o conflictivas, adecuado conocimiento en el área de trabajo y población, manifiesta experiencia en el trabajo en establecimientos de sanidad militar y otras áreas relacionadas a la realización de actividades referentes a su área de desempeño.

Al momento no presenta ni evidencia signos clínicos que sugieran patología actual o antecedentes en salud mental.

La presente se expide en Tunja en el mes de Diciembre del 2024 a solicitud del ESM BAS01.

Pulido Parra Angie
OFICIAL DEL EJERCITO
T.P. 1075274868

ST. ANGIE VALENTINA PULIDO PARRA
OFICIAL PSICOLOGA BR01

Calle 22 No.8 – 56 Tunja - Boyacá
Email: br01.cefamtunja@gmail.com
Tunja-Boyacá

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN MODALIDAD CONTRATACION DIRECTA CUYO OBJETO ES CONTRATAR MEDICO GENERAL PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS01.

Ante la opinión pública nacional e internacional, nosotros: por una parte, LOS PROPONENTES en el proceso de Selección Contratación cuyo objeto es **CONTRATAR** a **SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES CC.1075.274.868 DE PITALITO - HUILA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SAINDAD MILITAR BAS01,** actuando en nombre propio, en este proceso de contratación, y por la otra los **FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, que han participado y/o participarán en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión y definición, hemos acordado suscribir el presente "**PACTO DE INTEGRIDAD"**, teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la ley Colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.
2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato.
3. Ganar la adjudicación del contrato.
4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato.
5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por los PROPONENTES y pactados con el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**.
6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.
7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.
8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera.

Dentro de este marco, los firmantes adquieren los siguientes compromisos, en todo de acuerdo con las leyes colombianas:

1. Las empresas participantes y **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO** asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso.

   A los oferentes les complace confirmar que:

   a) No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia, y
   b) No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. Las empresas comprenden la importancia material

de estos compromisos para **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**.

Por su parte los FUNCIONARIOS O ASESORES DEL **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO,** también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte de las empresa participantes a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del contrato.

2. Los oferentes desarrollan sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de "No" Soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.

3. Este compromiso se presenta en nombre de los oferentes participantes.

4. Con respecto a la presentación de las propuestas, los oferentes participantes se comprometen a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el proceso.

5. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998.
De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.
Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser Magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

6. Si un participante incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cobije el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:

a) Si el participante que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita.

b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.

c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.

d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.

Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el participante favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.
El efecto jurídico señalado en los subnumerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos, en los subnumerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

7. Adicionalmente, todos los jefes del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.

8. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO** podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.

9. Los oferentes participantes declaran públicamente que conocen y aceptan las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se comprometen a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.

10. Las empresas participantes aceptan que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.

11. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. Las empresas participantes denunciarán ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tengan conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, los **FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO,** firman el presente documento en Tunja, Boyacá, ENERO del año 2025.

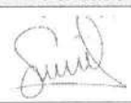
FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO

NOMBRE	FIRMA
Capitán. JESSEI KATHERINE FUENTES PINZÓN Directora Establecimiento de Sanidad BAS01	

COMITÉ TECNICO ESTRUCTURADOR

NOMBRE	FIRMA
SV. YIMMY BUITRAGO GARCIA Coordinador Planes ESMBAS01	

OFERENTES

NOMBRE	FIRMA
PS SILVIA PIEDAD SALAZAR TORRES **CC.1075.274.868 DE PITALITO - HUILA**	

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:26:17 horas del 18/12/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1075274868,** Apellidos y Nombres **SALAZAR TORRES SILVIA PIEDAD**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Dirección de sanidad militar**, con NIT **915540992-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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 1075274868 **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 18/12/2024 06:35 PM

Código Verificación: **BQX9TZN13M**

Válida hasta: **18/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC