



OL Secop

| | | | | |
|---|---|---|-------------------------------|---|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | | |  |
| | "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES" | | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO: | NOMBRE: | AREA O PROCESO QUE LO GENERA: | |
| | FORMATO: | LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y CONTRATACION - PERSONAL ASISTENCIAL | GESTION DE TALENTO HUMANO | |
| CODIGO: | VERSION: | FECHA ELABORACION: | | |
| A-TI-F-004-02 | 2 | 02/01/2025 | | |

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE COMPLETO: NAYOMI OLAYA D.I.:

| CARPETA | Nº | DOCUMENTO | PERFIL | RESPONSABLE | VERIFICACION | |
|---|----|--|--|-------------------------|--------------|----|
| | | | | | SI | NO |
| CONTRATACION | 1 | CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL | <u>dele interes</u> | HOSPITAL | | |
| | 2 | CDP | | HOSPITAL | | |
| | 3 | ESTUDIO PREVIO | | HOSPITAL | | |
| | 4 | INVITACION POSIBLE CONTRATISTA | | HOSPITAL | | |
| | 5 | PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS | | CONTRATISTA | | |
| | 6 | FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR | | HOSPITAL | | |
| | 7 | CERIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA | | HOSPITAL | | |
| HOJA DE VIDA | 1 | CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA | | HOSPITAL | | |
| | 2 | FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA | | CONTRATISTA | | |
| | 3 | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | CONTRATISTA | | |
| | 4 | FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS APLICATIVO LEY 2013 DE 2019: https://www.funcionpublica.gov.co/da/login/aut?opcionDestino=LEY2012 | | CONTRATISTA | | |
| | 5 | FORMULARIO SARLAFT | | CONTRATISTA Y HOSPITAL | | |
| | 6 | CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (No mayor a un mes - persona juridica y natural con establecimiento) | | CONTRATISTA | | |
| | 7 | RUT ACTUALIZADO | | CONTRATISTA | | |
| | 8 | CERTIFICADO EXPERIENCIA (dos ultimos) | | CONTRATISTA | | |
| FORMACION ACADEMICA | 1 | TARJETA PROFESIONAL | | CONTRATISTA | | |
| | 2 | DIPLOMA POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO | | CONTRATISTA | | |
| | 3 | ACTA DE GRADO POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO | | CONTRATISTA | | |
| | 4 | DIPLOMA PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR | | CONTRATISTA | | |
| | 5 | ACTA DE GRADO PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR | | CONTRATISTA | | |
| | 6 | DIPLOMA DE BACHILLER | | CONTRATISTA | | |
| | 7 | ACTA DE GRADO DE BACHILLER | | CONTRATISTA | | |
| | 8 | FORMATO AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS | | HOSPITAL | | |
| | 9 | VALIDACION DE TITULOS (RESPUESTA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA) | | HOSPITAL | | |
| | 10 | CONVALIDACION DE TITULOS EN EL EXTERIOR | | HOSPITAL | | |
| | 11 | REIHUS | | CONTRATISTA | | |
| | 12 | CER. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA (Resolucion) | | CONTRATISTA | | |
| TODO EL TALENTO HUMANO EN SALUD | | | | | | |
| | 1 | CERTIFICADO EN ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | | CONTRATISTA | | |
| | 2 | CURSO GESTION DEL DUELO | | CONTRATISTA | | |
| | 3 | CURSO DE AGENTES QUIMICOS | | CONTRATISTA | | |
| | 4 | CURSO DE HUMANIZACION | | CONTRATISTA | | |
| TALENTO HUMANO - OTROS | | | | | | |
| OTROS TITULOS (RES 3100) | 1 | | | CONTRATISTA | | |
| | 2 | | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO | CONTRATISTA | | |
| | 3 | | CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ESTERILIZACION | CONTRATISTA | | |
| | 4 | | MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO A FIN DE GENERAR PLANES DE CUIDADO | CONTRATISTA | | |
| | 5 | | CERTIFICADO APH (urgencias y hospitalización) | CONTRATISTA | | |
| | 6 | | CURSO PRIMEROS AUXILIOS Y BLS | CONTRATISTA | | |
| | 7 | | CERTIFICADO DE ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS | CONTRATISTA | | |
| | 8 | | CERTIFICADO COVID-19 (Prof en enfermeria, Aux. enfermeria) | CONTRATISTA | | |
| | 9 | | CURSO IAMI - AIEPI (Casulla externa) | CONTRATISTA | | |
| | 10 | | CERTIFICACION TRIBUNAL ETICO DE ENFERMERIA | CONTRATISTA | | |
| | 11 | | CERTIFICADO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | CONTRATISTA | | |
| | 12 | | CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ESTERILIZACION | CONTRATISTA | | |
| | 13 | | CURSO DE IMPLANTES SUBDERMICOS | CONTRATISTA | | |
| | 14 | | CURSO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU | CONTRATISTA | | |
| | 15 | | CURSO YH | CONTRATISTA | | |
| ANTECEDENTES (Actuales) | 1 | | SOPORTE VITAL BASICO Y/O AVANZADO | CONTRATISTA | | |
| | 2 | | MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO A FIN DE GENERAR PLANES DE CUIDADO | CONTRATISTA | | |
| | 3 | | TOMA DE CITOLOGIAS | CONTRATISTA | | |
| | 4 | | OTROS CURSOS DIPLOMADOS. (Otros estudios anexos a su formacion academica) | CONTRATISTA | | |
| | 5 | | CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA | CONTRATISTA | | |
| | 6 | | CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA | CONTRATISTA | | |
| | 7 | | CER. MEDIDAS CORRECTIVAS (Policia) | CONTRATISTA | | |
| | 8 | | CER. ANTECEDENTES JUDICIALES (Policia) | CONTRATISTA | | |
| | 9 | | CER. ANTECEDENTES DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL | CONTRATISTA | | |
| | 10 | | CER. REDAM (Registro de Deudoras Alimentarias Morosas) | CONTRATISTA | | |
| VACUNAS, POLIZAS, AFILIACIONES, ENTRE OTROS | 1 | | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | CONTRATISTA | | |
| | 2 | | EXAMEN MEDICO PERIODICO (Tercerizados cada 6 meses / Personal OPS cada 2 años) | CONTRATISTA O EMPLEADOR | | |
| | 3 | | CARNE DE VACUNA SARS-COV-2 | CONTRATISTA | | |
| | 4 | | CARNE DE VACUNACION (Hepatitis B, Tétanos, difteria, Influenza) | CONTRATISTA | | |
| | 5 | | CERTIFICADO AFILIACION A SALUD | CONTRATISTA | | |
| | 6 | | CERTIFICADO AFILIACION A PENSION | CONTRATISTA | | |
| | 7 | | CERTIFICADO AFILIACION ARL | CONTRATISTA | | |
| | 8 | | CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 dias) | HOSPITAL | | |
| | 9 | | VERIFICACION INDUCCION - REINDUCCION (EDMCOO) | CONTRATISTA | | |
| | 10 | | CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE | HOSPITAL | | |
| CONTRATACION | 1 | | MINUTA DE CONTRATATO | HOSPITAL | | |
| | 2 | | REGISTRO PRESUPUESTAL | HOSPITAL | | |
| | 3 | | POLIZAS (si aplica) | HOSPITAL | | |
| | 4 | | ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica) | HOSPITAL | | |
| | 5 | | ACTA DE INICIO | HOSPITAL | | |
| | 6 | | SOPORTE PAGOS | CONTRATISTA Y HOSPITAL | | |
| | 7 | | ACTA DE LIQUIDACION | HOSPITAL | | |
| | 8 | | | HOSPITAL | | |

| | |
|--|----------------------------------|
| VERIFICACION Y REGISTRO DE LA INFORMACION | |
| Vb. Recibido Talento Humano: | Tras Correcciones en documentos: |
| Zdas Correcciones en documentos: | 3ras Correcciones en documentos: |
| Vb. Afiliacion ARL: | Vb. Recibido Contratacion: |

Octubre 2025

Doctora

JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS

Gerente

E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes

Funza Cundinamarca

Ref.: Presentación propuesta de servicios de Apoyo a la gestión de la E.S.E.

Yo, Mayorli Olaya Pereira, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1026295881 expedida en Bogotá D.C., me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO: ESTUDIOS PREVIOS PARA LA CONTRATACIÓN DE UNA PERSONA ENFERMERA PROFESIONAL QUE REALICE EL APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL A EFECTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN NO 1010 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD.

ACTIVIDADES A REALIZAR:

| ITEM | ACTIVIDAD | CANTIDAD DE ACTIVIDADES | EJECUCION | EVIDENCIA |
|------|---|--|-----------|---|
| 1 | Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF Informe de cartografía y mapeo del EBS NA Evidencia en carpeta en drive |
| 2 | coordinar y realizar acompañamiento al equipo basico en salud asignado | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | Evidencia en carpeta en drive |
| 3 | realizar la entrega de los productos del equipo basico en salud ante la ESE | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | Evidencia en carpeta en drive |
| 4 | realizar el informe de abordaje e indicadores en articulacion con el equipo basico en salud asignado | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | informe de abordaje |
| 5 | Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive |
| 6 | Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores. | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive |
| 7 | Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por <i>microterritorios asignado</i> | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF Canalizaciones del perfil de auxiliar de enfermería priorizadas y de su perfil Evidencia en carpeta en drive |

| | | | | |
|----|--|--|-----------|---|
| 8 | Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF soporte de canalización. Evidencia en carpeta en drive y la SOPRTE MINISTERIO DE SALUD |
| 8 | Realizar demanda inducida a los servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud Pública | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF Canalizaciones Evidencia en carpeta en drive y la |
| 9 | Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | NA PDF Canalizaciones de traslado Evidencia en carpeta en drive |
| 10 | Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno en los microterritorios asignados. | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive |
| 11 | Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF Canalizaciones Evidencia en carpeta en drive |
| 12 | Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF Canalizaciones a otros sectores Evidencia en carpeta en drive |
| 13 | Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | NA Evidencia en carpeta en drive |
| 14 | Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF pantallazos del registro del formulario de canalización de auxiliares y enfermería y de planes de cuidado, la certificación de sistemas e indicadores Evidencia en carpeta en drive |
| 15 | Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF Informe de abordaje por EBS Evidencia en carpeta en drive y |
| 16 | Realizar tamizaje de pruebas rápidas de acuerdo a las prioridades y necesidades en la población de los microterritorios asignados. | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | NA Evidencia en carpeta en drive |
| 17 | Realizar consulta intra y extramural de acuerdo al territorio abordado. | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive |
| 18 | Asistir y participar activamente en brigadas, jornadas de salud y demás actividades programadas. | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF Acta de asistencias y registro fotografico Evidencia en carpeta en drive |
| 19 | El contratista deberá entregar de manera oportuna según las fechas estipuladas por la referente del programa, cronograma de actividades, plan de trabajo mensual, los productos realizados en campo, bases de datos y retroalimentación de casos y/o a la persona encargada de consolidar la información y seguimiento al plan de cuidado familiar y a su respectiva canalización. | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | Certificación referente coordinadora EBS |
| 20 | Realizar actividades del plan de gestión documental como son: organización, foliación y conservación de la documentación que tiene a cargo de acuerdo a los lineamientos exigidos, cumplir con cada uno de los procesos frente al manejo de la información y consolidación. | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | Certificación referente coordinadora EBS |

| | | | | |
|----|---|--|-----------|--|
| 21 | Asistir a cada una de las capacitaciones, socializaciones e inducción frente a los cambios del proceso que requiera ser compartido por parte de la referente. | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | PDF Acta de asistencias Evidencia en carpeta en drive |
| 22 | Cláusula verde participar de las actividades de gestión ambiental y poner en práctica el contenido de las capacitaciones de manejo integral de residuos, conductas básicas de bioseguridad, limpieza y desinfección, hospital verde y todas aquellas que surjan en el desarrollo de sus actividades | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | NA Evidencia en carpeta en drive |
| 23 | Las demás Actividades que le sean asignadas durante el mes y estén acordes con la naturaleza del objeto contractual | DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO | Ejecutado | NA Evidencia en carpeta en drive |

VALOR MENSUAL: El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensuales es según lo ejecutado en cada mes según el anexo

TÉRMINO INICIAL DE EJECUCIÓN: Según el contrato interadministrativo **MINISTERIO DE SALUD EQUIPOS BASICOS DE 2025.**

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista Independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.


INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaró que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCIÓN: Manifiesto que mi dirección de residencia es kr 26 49 23 sur barrio El Carmen de Bogotá, correo electrónico olayamayoprofesional@gmail.com, mi número de celular es 3132641898

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,

(Firma) 
Nombre: Olaya Mayor
C.C. No. 16 2629588

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.295.881

OLAYA PEREIRA

APELLIDOS

MAYORLI

NOMBRES

Mayorli
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-MAY-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-JUL-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Amel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00603610-F-1026295881-20140726

0039259125A 1

40211093

Tipo de declaración Fecha de publicación

| Nombres y apellidos completos | | | |
|-------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| MAYORLI | | OLAYA | PEREIRA |

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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 2024 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|-------------------------------------|------------------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | \$0,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | \$0,00 |
| Gastos de representación | \$0,00 |
| Arriendos | \$0,00 |
| Honorarios | \$31.900.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | \$0,00 |
| TOTAL | \$31.900.000,00 |

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 | \$2.000.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|--------------|----------|--------------|--------------|-----------------|
| VEHICULO | COLOMBIA | BOGOTÁ. D.C. | BOGOTÁ. D.C. | \$15.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|--------------------|----------------|
| PRESTAMO EDUCATIVO | \$270.000,00 |
| TARJETA DE CREDITO | \$400.000,00 |
| FEPASDE | \$5.000.000,00 |
| ARRIENDO | \$400.000,00 |
| PLAN POSPAGO | \$60.000,00 |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

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

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 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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| | | | |

Tipo documento Número

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

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

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

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

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

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

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:

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141211749548



(415)7707212489984(8020) 000014121174954 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 6 2 9 5 8 8 1

6. DV

3

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 2 6 2 9 5 8 8 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

OLAYA

32. Segundo apellido

PEREIRA

33. Primer nombre

MAYORLI

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 26 49 23 SUR BRR EL CARMEN

42. Correo electrónico

molayapereira@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 1 1 1

44. Teléfono 1

3 1 3 8 6 1 9 8 7 1

45. Teléfono 2

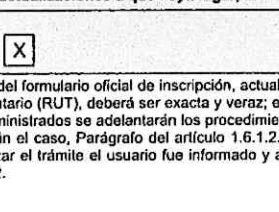
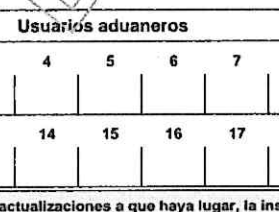
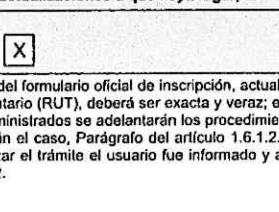
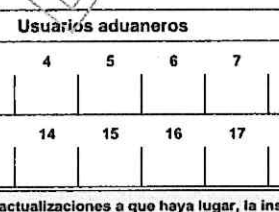
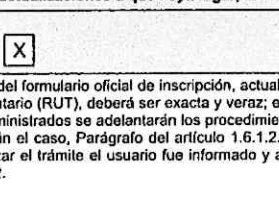
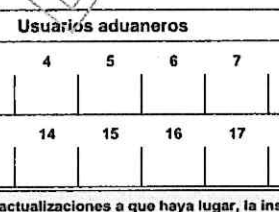
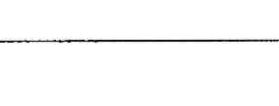
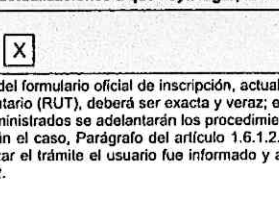
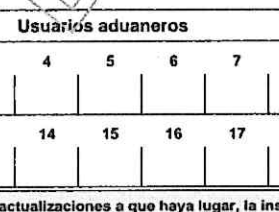
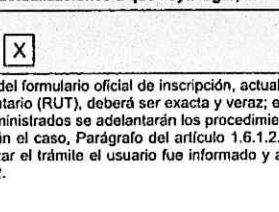
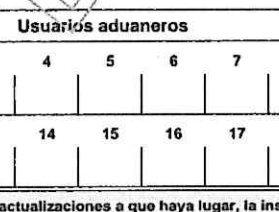
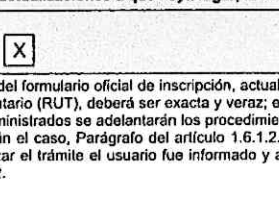
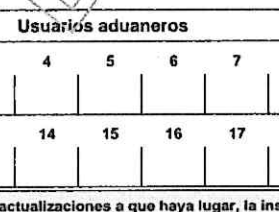
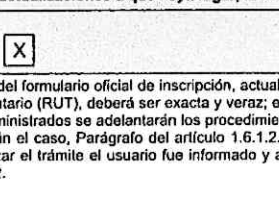
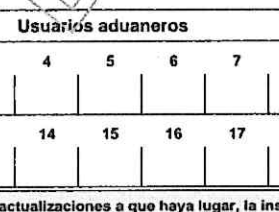
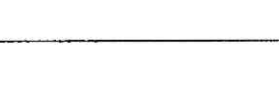
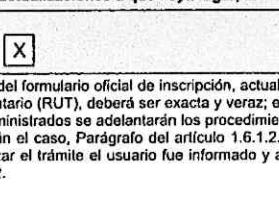
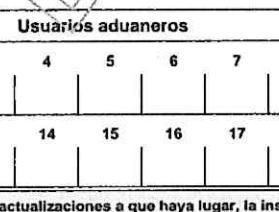
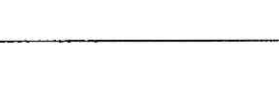
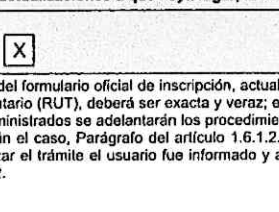
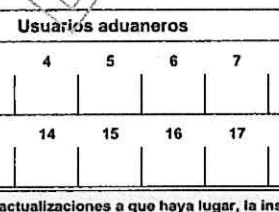
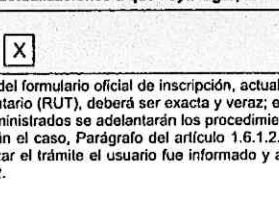
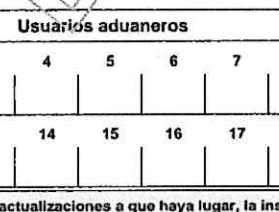
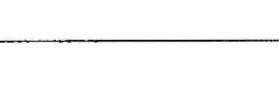
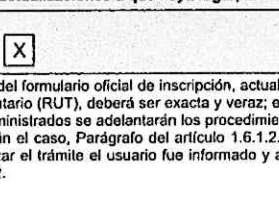
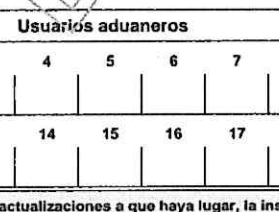
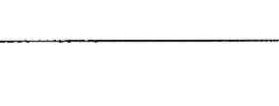
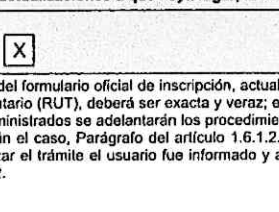
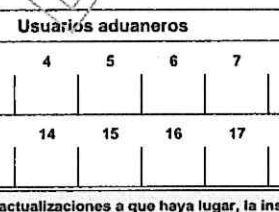
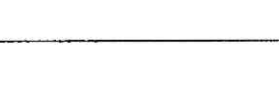
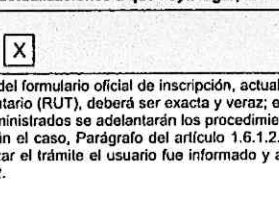
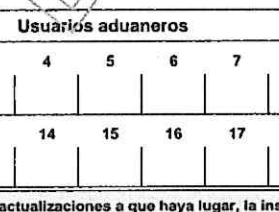
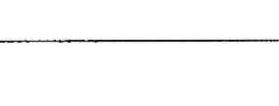
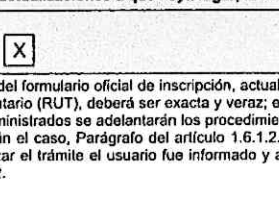
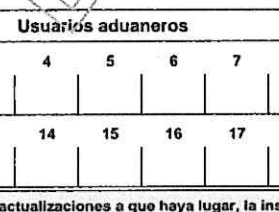
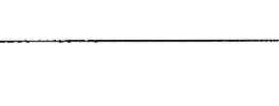
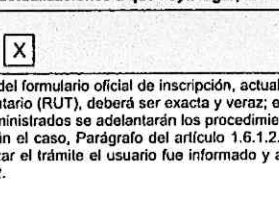
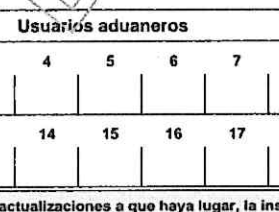
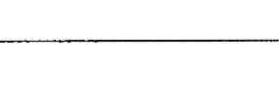
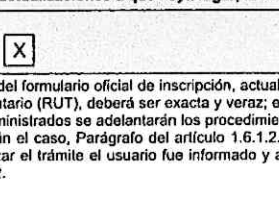
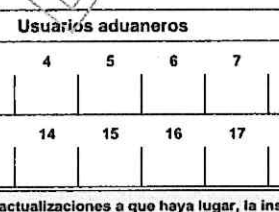
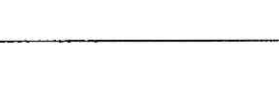
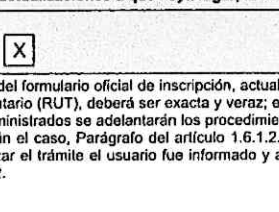
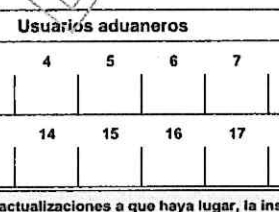
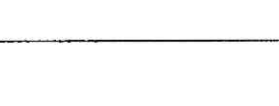
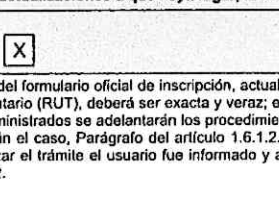
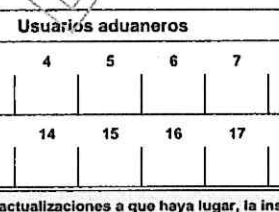
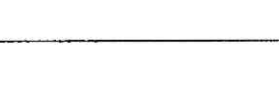
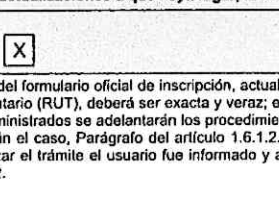
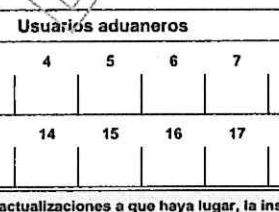
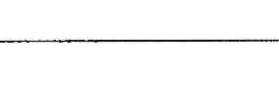
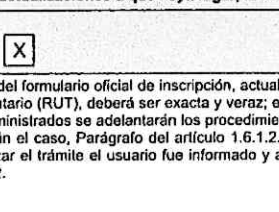
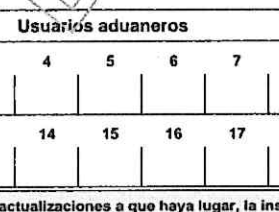
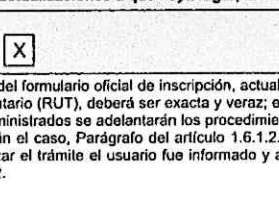
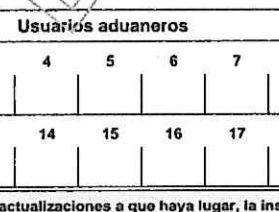
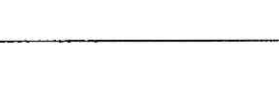
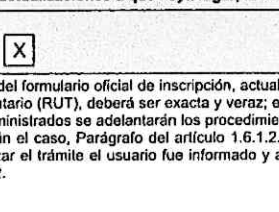
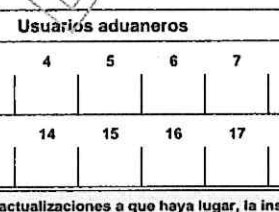
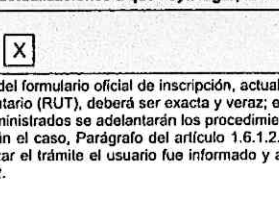
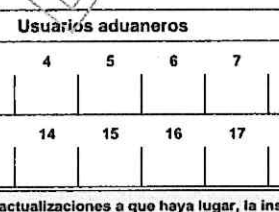
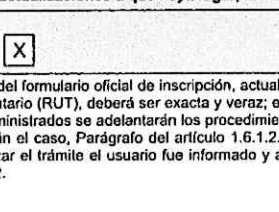
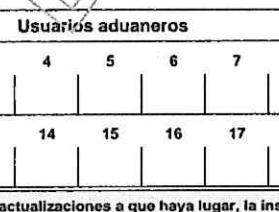
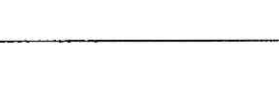
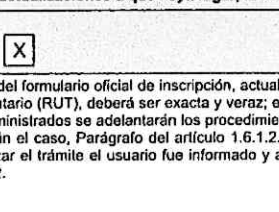
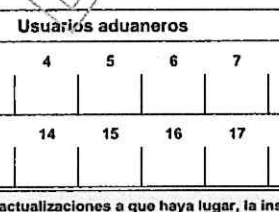
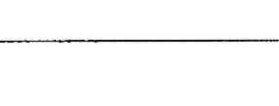
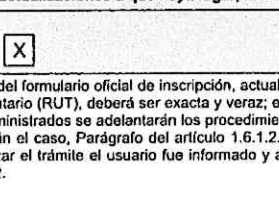
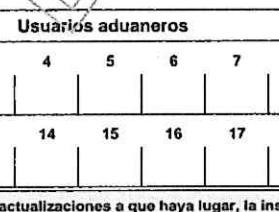
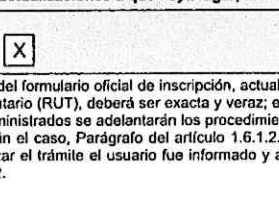
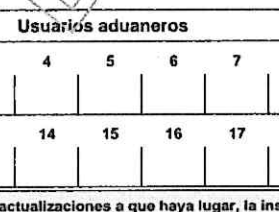
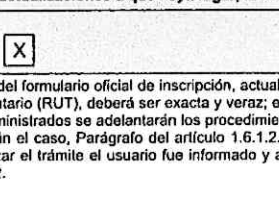
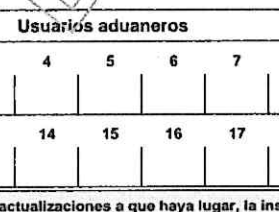
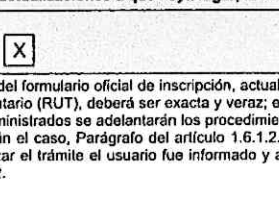
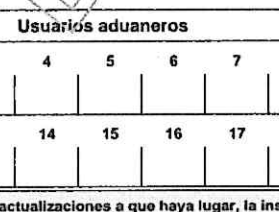
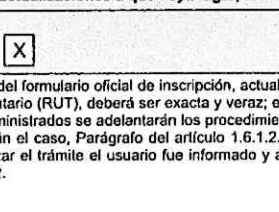
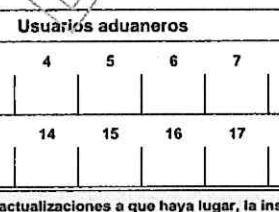
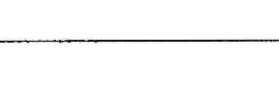
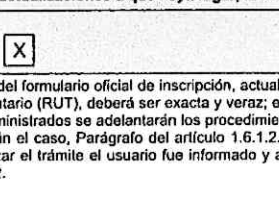
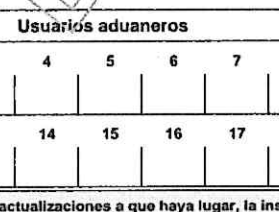
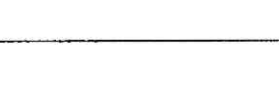
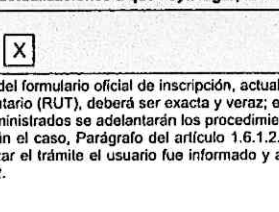
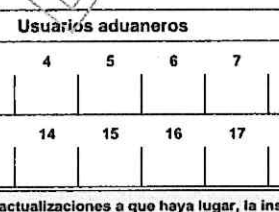
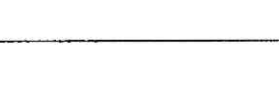
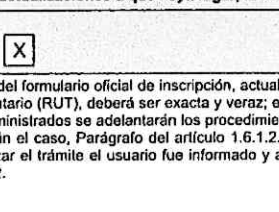
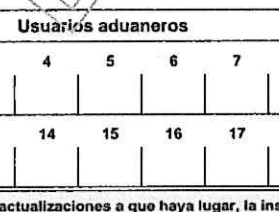
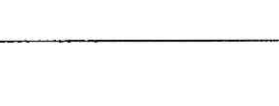
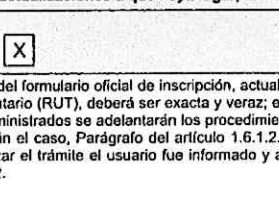
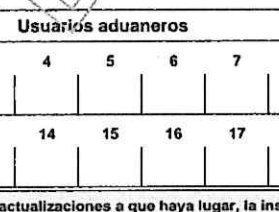
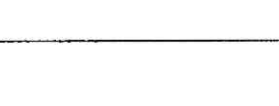
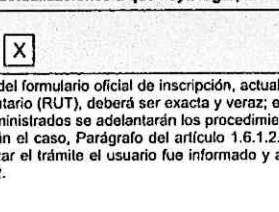
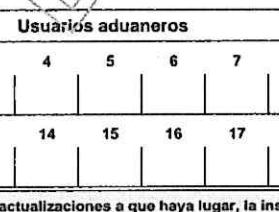
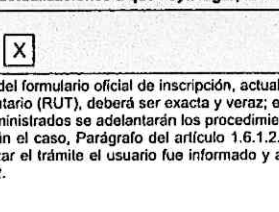
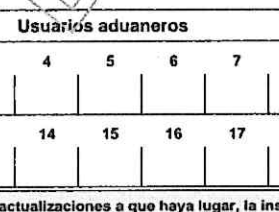
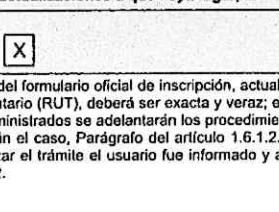
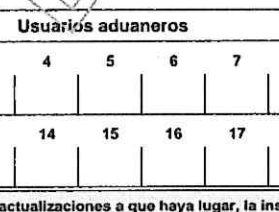
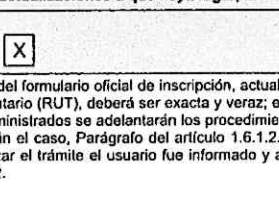
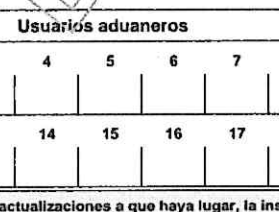
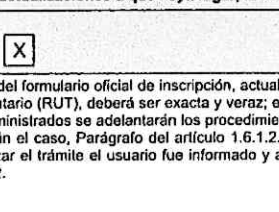
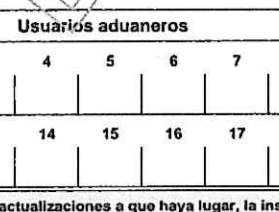
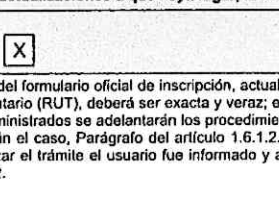
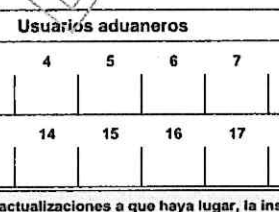
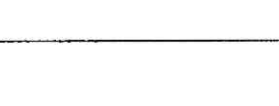
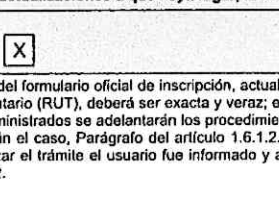
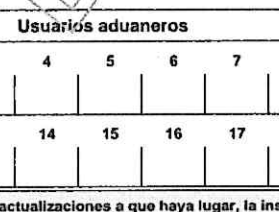
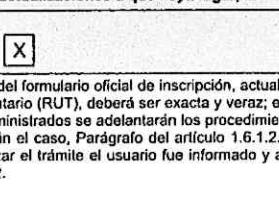
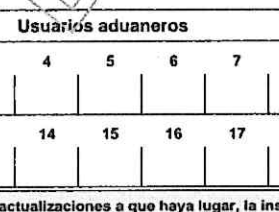
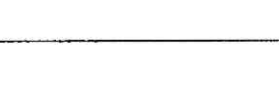
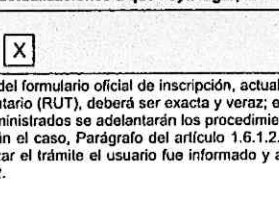
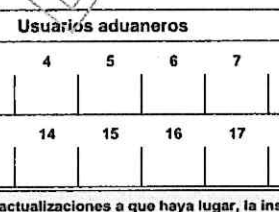
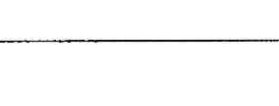
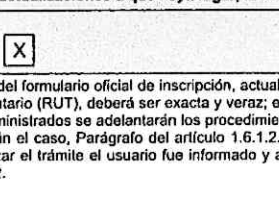
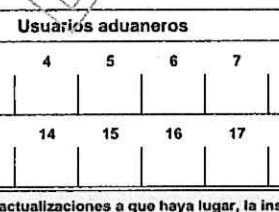
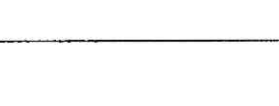
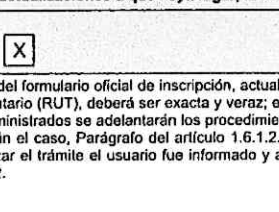
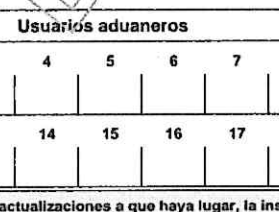
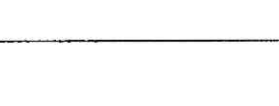
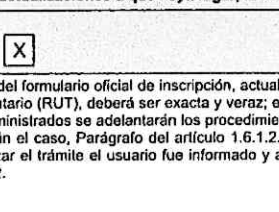
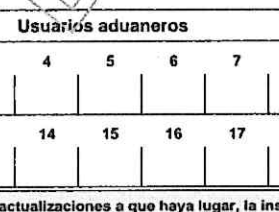
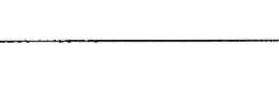
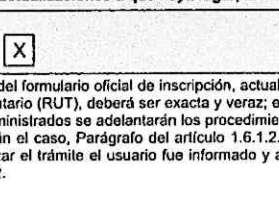
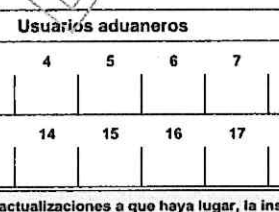
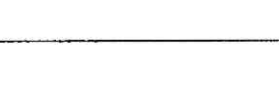
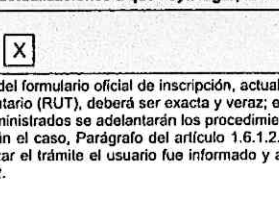
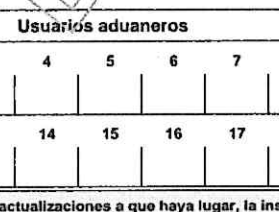
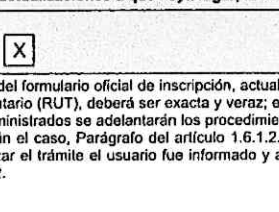
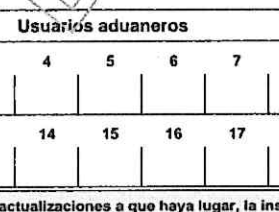
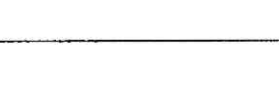
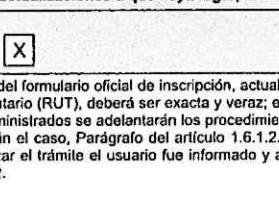
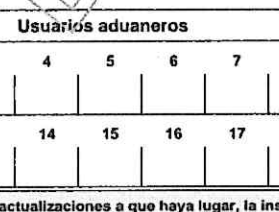
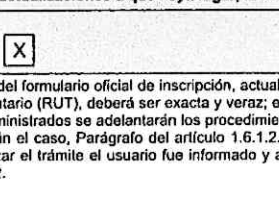
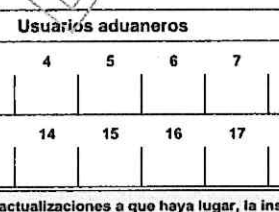
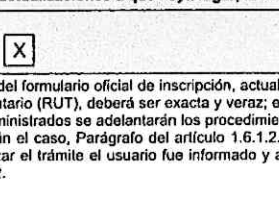
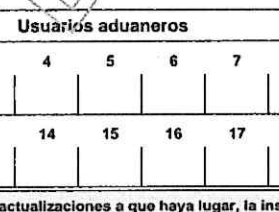
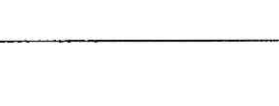
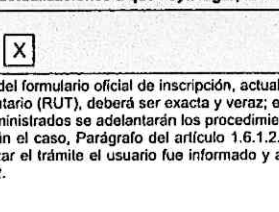
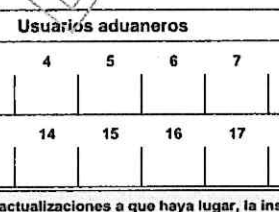
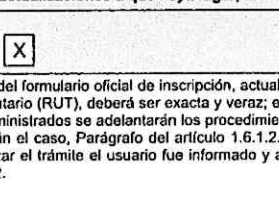
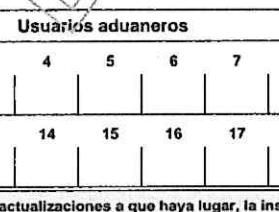
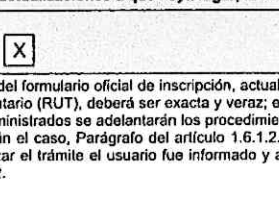
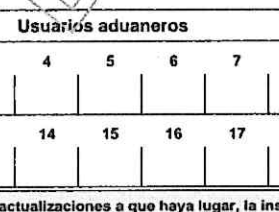
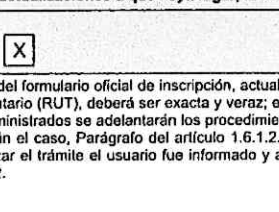
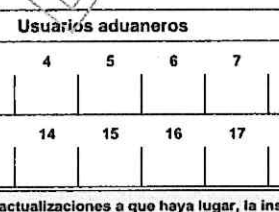
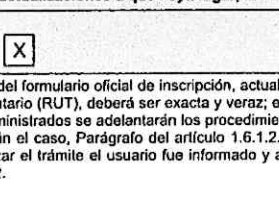
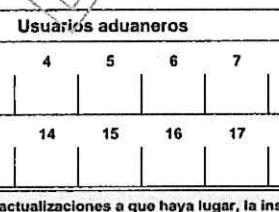
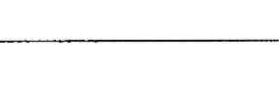
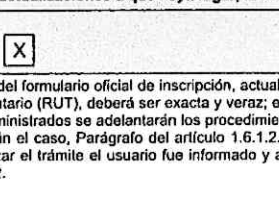
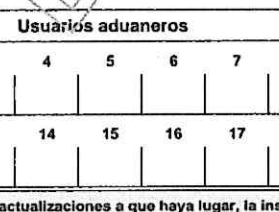
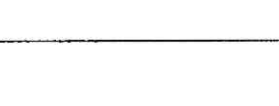
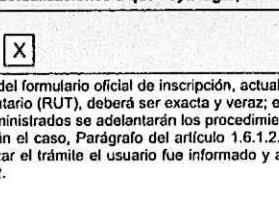
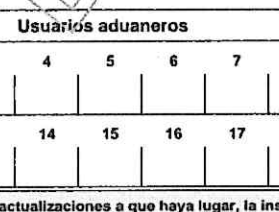
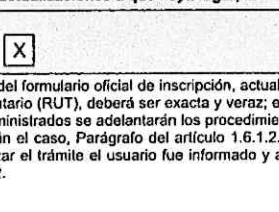
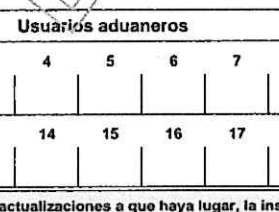
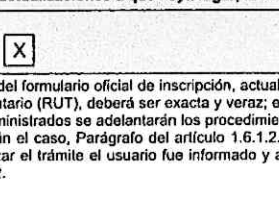
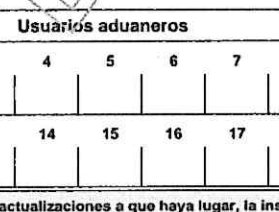
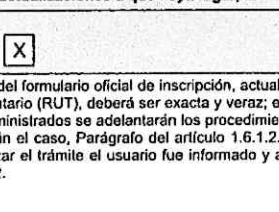
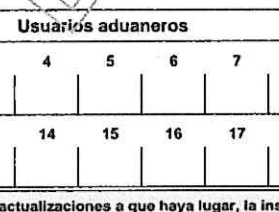
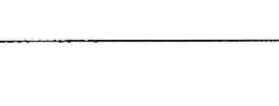
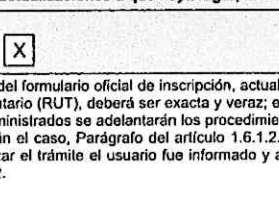
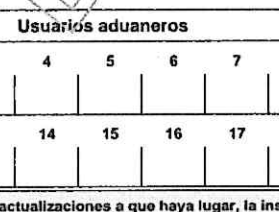
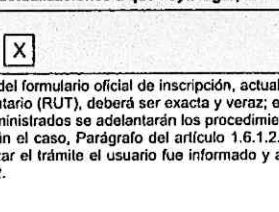
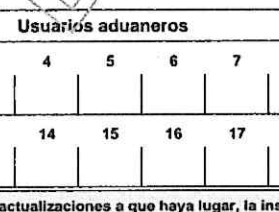
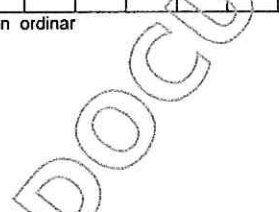
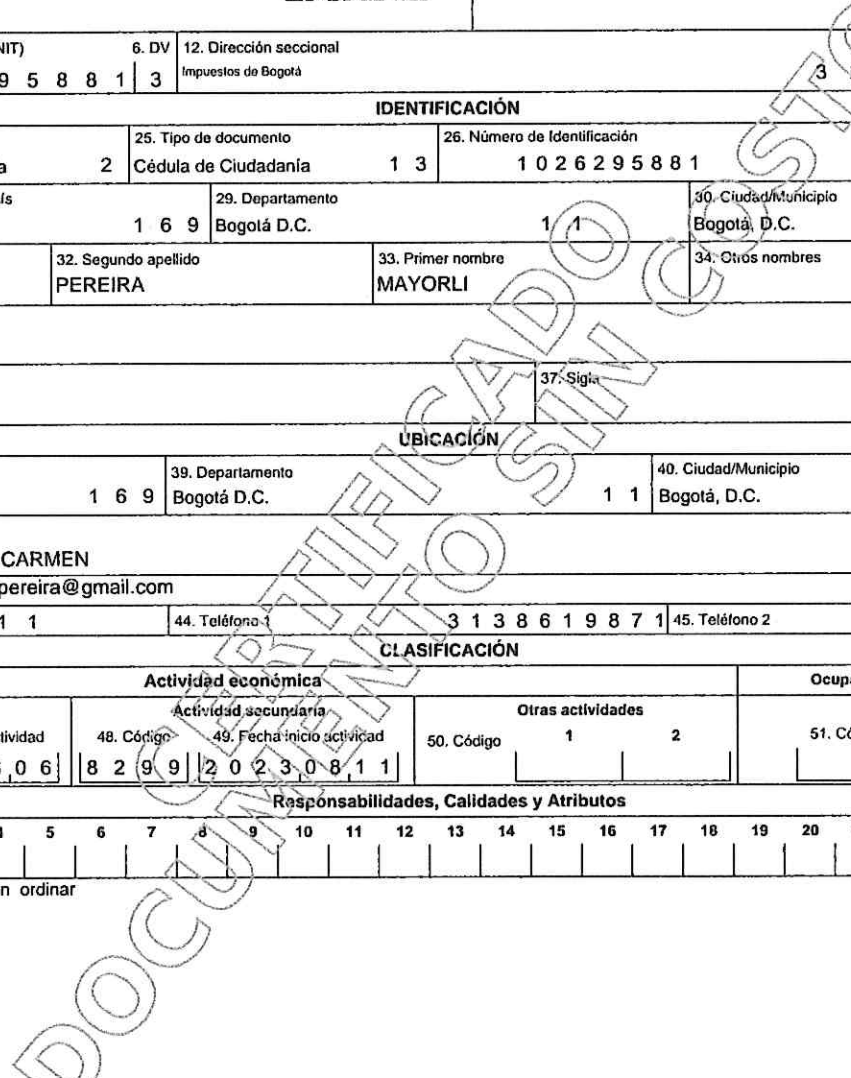
6 0 1 4 6 5 9 8 6 6

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 53. Código | 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 |
| 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |





FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--------------------|--|--|
| PRIMER APELLIDO Olaya | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Pereira | | | NOMBRES Mayorli | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No 1026295881 | | | | GÉNERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> | | NACIONALIDAD COL. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> PAÍS _____ | |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> | | NÚMERO _____ | | D.M. _____ | | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
| FECHA DÍA 29 MES 05 AÑO 1996 | | | | PAÍS _____ DEPTO _____ | | | |
| PAÍS _____ | | | | MUNICIPIO _____ | | | |
| DEPTO _____ | | | | TELÉFONO _____ EMAIL olayamayoprofesional@gmail.com | | | |
| MUNICIPIO _____ | | | | | | | |

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 | | EDUCACION MEDIA | | |
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2013 | |

| EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO) | | | | | | | |
|--|-------------------------|--------------------------|----|--|-------------|--------------------|----------------------------|
| DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: | | | | | | | |
| TC (TÉCNICA) | | TL (TECNOLÓGICA) | | TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) | | UN (UNIVERSITARIA) | |
| ES (ESPECIALIZACIÓN) | | MG (MAESTRÍA O MAGISTER) | | DOC (DOCTORADO O PHD) | | | |
| RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY). | | | | | | | |
| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 8 | X | | ENFERMERIA | 01 | 2018 | 1026295881 |

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|----------------------------|-----------------|----|-----|
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | |
| | | | Día | 23 | Mes | 08 | Año | 2023 | Día | 31 | Mes |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 1328 2015 EPIDEMIOLOGA | | | DEPENDENCIA VSP Y EPIDEMIOLOGIA | | | | | DIRECCIÓN CALLE 9 39 46 | | | |

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

8

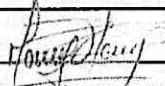
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Funza Cundinamarca 09/10/2025


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

| | | | |
|---|--|--|------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | | |
| | "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES" | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO | NOMBRE | AREA O PROCESO QUE LO GENERA |
| | FORMATO | FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM | GESTIÓN DE CONTABILIDAD |
| CÓDIGO | VERSIÓN | FECHA ELABORACION | PAGINA |
| A-FIN-CON-F-001 | 1 | 09/03/2023 | 1 de 4 |

| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE | | | TIPO DE SOLICITUD |
|---------------------------|---|--|--|--|
| | Contratista <input checked="" type="checkbox"/> | Proveedor <input type="checkbox"/> | Personal Planta <input type="checkbox"/> | Vinculación <input type="checkbox"/> |
| | Prestador IPS <input type="checkbox"/> | Junta Directiva <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | Actualización <input type="checkbox"/> |

Departamento: Cundinamarca

Ciudad: Funza

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

| | | |
|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Primer Apellido: OLAYA | Segundo Apellido: PEREIRA | Nombres: MAYORLI |
| Tipo De Documento CC | No. De Identificación 1026295881 | Fecha De Nacimiento 29/05/1996 |
| Lugar De Nacimiento BOGOTÁ | Fecha De Expedición 01/07/2014 | Lugar De Expedición BOGOTÁ |
| Dirección: KR 26 49 23 SUR | Ciudad BOGOTÁ | Departamento BOGOTÁ |
| Teléfono 3132641898 | Celular 3138619871 | Profesión/Ocupación ENFERMERA |

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tiene reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

PERSONA JURÍDICA

| | | |
|--|------|--------------------|
| Razón social: | Nit: | Correo electrónico |
| Tipo de contribuyente: <input type="checkbox"/> Régimen simplificado <input type="checkbox"/> Régimen común <input type="checkbox"/> Grandes contribuyentes <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____ | | |
| Tipo de Empresa: Privada <input type="checkbox"/> Publica <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> | | |

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

| | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | | |
| | "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES" | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO | NOMBRE | ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA |
| | FORMATO | FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM | GESTIÓN DE CONTABILIDAD |
| | CÓDIGO | VERSIÓN | FECHA ELABORACION |
| A-FIN-CON-F-001 | 1 | 09/03/2023 | PAGINA 2 de 4 |

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

Salud X__ Farmacéutico __ Industrial __ Servicios __ Comercial __ Otro __ ¿Cuál?

Descripción de la actividad económica:

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Dirección Oficina Principal | Teléfono Oficina Principal | Celular oficina principal |
| Departamento oficina principal | Correo oficina principal | Ciudad oficina principal |
| Dirección sucursal o agencia | Teléfono Sucursal O Agencia | Celular sucursal o agencia |
| Departamento Sucursal O Agencia | Correo Sucursal O Agencia | Ciudad Sucursal O Agencia |

REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|---------------------|-----------------------|---------------------|
| Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Nombres: |
| Tipo De Documento | No. De Identificación | Fecha De Nacimiento |
| Lugar De Nacimiento | Fecha De Expedición | Lugar De Expedición |
| Dirección: | Ciudad | Departamento |
| Teléfono | Celular | Profesión/Ocupación |

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tienen reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

| | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | | |
| | "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES" | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO | NOMBRE | ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA |
| | FORMATO | FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM | GESTIÓN DE CONTABILIDAD |
| | CÓDIGO | VERSIÓN | FECHA ELABORACION |
| A-FIN-CON-F-001 | 1 | 09/03/2023 | PAGINA 3 de 4 |

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación.
(Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

| | | |
|------------------------------------|-------------------|------------------|
| Razón Social O Nombres Y Apellidos | Tipo De Documento | No. De Documento |
| Porcentaje De Participación | Dirección | Teléfono |

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tienen reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

| | | |
|---------------------|-------------------|------------------|
| Nombres Y Apellidos | Tipo De Documento | No. De Documento |
| Correo | Dirección | Teléfono |

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

| | | |
|---------------------|-------------------|------------------|
| Nombres Y Apellidos | Tipo De Documento | No. De Documento |
| Correo | Dirección | Teléfono |

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tienen reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Total Activos \$ 0 | Total Pasivos \$ 0 | Total Patrimonio \$ 0 |
| Ingresos Mensuales \$ 5.200.000 | Egresos Mensuales \$ 4.700.000 | Otros Ingresos \$ 0 |

Corte De Información Financiera

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

| | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES" | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO | NOMBRE | ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA |
| | FORMATO | FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM | GESTIÓN DE CONTABILIDAD |
| | CÓDIGO | VERSIÓN | FECHA ELABORACION |
| | A-FIN-CON-F-001 | 1 | 09/03/2023 |
| | | | PAGINA 4 de 4 |

| 3. OPERACIONES INTERNACIONALES | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| Realiza negocios en moneda extranjera | NO |
| | Tipo de transacciones |
| | ¿Cuál? |

| PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA | | | | | | |
|--|-----------------|---------|-------|--------|------|--------|
| Tipo De Producto | No. De Producto | Entidad | Monto | Ciudad | País | Moneda |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: ENFERMERA
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o cualquier norma que adicione o modifique.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla en cada proceso contractual o anualmente
- De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario
- Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a la proliferación de armas de destrucción masiva.
- Eximimos a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Fotocopia de documento de identidad personal natural o persona jurídica
- Fotocopia de documento de identidad personal del representante legal
- Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

6. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:



 FIRMA


 HUELLA



LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) MARYOLI OLAYA PEREIRA; con documento de identidad No, 1026295881 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

| # | Año | Contrato | Perfil | EN | Fecha Inicial | Fecha Final | Valor | Unidad |
|---|------|-----------|---|----|---------------|-------------|-----------|--------|
| 1 | 2020 | 5429-2020 | PROFESIONAL ENFERMERIA | EN | 01/07/2020 | 31/01/2021 | \$3570149 | SUBRED |
| 2 | 2021 | 3885-2021 | PROFESIONAL ENFERMERIA | EN | 44228 | 44500 | \$3627684 | SUBRED |
| 3 | 2021 | 3885-2021 | PROFESIONAL ENFERMERIA | EN | 01/02/2021 | 31/10/2021 | \$3627684 | SUBRED |
| 4 | 2021 | 3885-2021 | PROFESIONAL ENFERMERIA | EN | 44228 | 44500 | \$3627684 | SUBRED |
| 5 | 2021 | 3885-2021 | PROFESIONAL ENFERMERIA | EN | 01/02/2021 | 31/10/2021 | \$3627684 | SUBRED |
| 6 | 2021 | 3885-2021 | PROFESIONAL ENFERMERIA | EN | 01/02/2021 | 31/10/2021 | \$3627684 | SUBRED |
| 7 | 2021 | 3885-2021 | PROFESIONAL ENFERMERIA | EN | 01/02/2021 | 31/10/2021 | \$3570149 | SUBRED |
| 8 | 2023 | 6276-2023 | PROFESIONAL ESPECIALIZADO EPIDEMIOLOGIA | EN | 23/08/2023 | 31/01/2024 | \$5228106 | SUBRED |
| 9 | 2024 | 2379-2024 | PROFESIONAL ESPECIALIZADO EPIDEMIOLOGIA | EN | 01/02/2024 | 31/08/2024 | \$3998070 | SUBRED |

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA

1 » Contrato: **5429-2020**

Obligaciones:

Elaboración y seguimiento al plan de acción de acuerdo al lineamiento Distrital (Uno para la vigencia, pero con seguimiento mensual). Revisión, validación, seguimiento y cierre de casos notificados que cumplan con definición de caso de morbilidad neonatal extrema Vigilar y garantizar la canalización de casos priorizados que requieran intervención de los diferentes espacios, programas, provisión de servicios, aseguramiento y otros sectores. Realizar auditoría interna y concurrencia a las actividades ejecutadas por el grupo Realizar el análisis epidemiológico e identificación de factores asociados a los eventos de Morbilidad neonatal extrema, a fin de generar "información para la acción", con el fin de establecer hipótesis que puedan generar otras investigaciones (Un documento trimestral). Liderar las unidades de análisis utilizando las metodologías establecidas (según cronograma distrital). Realización de boletín epidemiológico del comportamiento de la vigilancia centinela de la MNE (trimestral). Realizar análisis y triangulación de la información con los eventos de embarazo en adolescente, malformaciones congénitas y mortalidad infantil. Elaboración de artículos relacionados con la MNE para su publicación. Generar espacios de articulación con los sub sistemas de vigilancia distrital, así como con las acciones colectivas por espacio para la Vigilancia Centinela de la MNE. Retroalimentar a las Unidades de cuidado intensivo neonatal, sobre los hallazgos identificados en la Vigilancia Centinela de la Morbilidad neonatal extrema. Depurar, validar y actualizar las bases de datos. Realizar monitoreo y seguimiento a indicadores. Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.

2 » Contrato: 3885-2021

Obligaciones:

1. Aporte a la construcción del protocolo e instrumentos para el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de adolescentes gestantes. 2. Realizar socialización del protocolo e instrumentos definidos en la estrategia. 3. Realizar asesoría y asistencia técnica a las instituciones asignadas y actores definidos para la vigilancia. 4. Realización de investigación epidemiológica de campo a adolescentes gestantes priorizadas. 5. Búsqueda activa de casos reincidentes de embarazo en adolescentes. 6. Elaborar informe mensual que dé cuenta de las acciones realizadas en el proyecto. 7. Articulación con el PDA de SSR, el grupo Funcional Materno Perinatal, Análisis Demográfico y Territorios Saludables. 8. Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso. 9. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaría Distrital de salud. 10. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del Modelo de Atención. 11. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervenciones colectivas. 12. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 13. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene. 14. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 15. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización. 16. Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna según programación. 17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. 17. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. 18. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual. 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

3 » Contrato: 3885-2021

Obligaciones:

1. Aporte a la construcción del protocolo e instrumentos para el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de adolescentes gestantes. 2. Realizar socialización del protocolo e instrumentos definidos en la estrategia. 3. Realizar asesoría y asistencia técnica a las instituciones asignadas y actores definidos para la vigilancia. 4. Realización de investigación epidemiológica de campo a adolescentes gestantes priorizadas. 5. Búsqueda activa de casos reincidentes de embarazo en adolescentes. 6. Elaborar informe mensual que dé cuenta de las acciones realizadas en el proyecto. 7. Articulación con el PDA de SSR, el grupo Funcional Materno Perinatal, Análisis Demográfico y Territorios Saludables. 8. Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso. 9. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaría Distrital de salud. 10. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del Modelo de Atención. 11. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervenciones colectivas. 12. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 13. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene. 14. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 15. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la

canalización. 16. Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna según programación. 17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. 17. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. 18. Entregar al referente backup de información en magnético de manera mensual. 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

4 » Contrato: 3885-2021

Obligaciones:

1. Aporte a la construcción del protocolo e instrumentos para el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de adolescentes gestantes. 2. Realizar socialización del protocolo e instrumentos definidos en la estrategia. 3. Realizar asesoría y asistencia técnica a las instituciones asignadas y actores definidos para la vigilancia. 4. Realización de investigación epidemiológica de campo a adolescentes gestantes priorizadas. 5. Búsqueda activa de casos reincidentes de embarazo en adolescentes. 6. Elaborar informe mensual que dé cuenta de las acciones realizadas en el proyecto. 7. Articulación con el PDA de SSR, el grupo Funcional Materno Perinatal, Análisis Demográfico y Territorios Saludables. 8. Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso. 9. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaría Distrital de salud. 10. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del Modelo de Atención. 11. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervenciones colectivas. 12. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 13. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene. 14. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 15. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización. 16. Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna según programación. 17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. 17. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. 18. Entregar al referente backup de información en magnético de manera mensual. 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

5 » Contrato: 3885-2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Obligaciones:

1. Aporte a la construcción del protocolo e instrumentos para el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de adolescentes gestantes. 2. Realizar socialización del protocolo e instrumentos definidos en la estrategia. 3. Realizar asesoría y asistencia técnica a las instituciones asignadas y actores definidos para la vigilancia. 4. Realización de investigación epidemiológica de campo a adolescentes gestantes prioritizadas. 5. Búsqueda activa de casos reincidentes de embarazo en adolescentes. 6. Elaborar informe mensual que dé cuenta de las acciones realizadas en el proyecto. 7. Articulación con el PDA de SSR, el grupo Funcional Materno Perinatal, Análisis Demográfico y Territorios Saludables. 8. Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso. 9. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaría Distrital de salud. 10. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del Modelo de Atención. 11. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervenciones colectivas. 12. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 13. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene. 14. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 15. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización. 16. Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna según programación. 17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. 17. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. 18. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual. 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

6 » Contrato: 3885-2021

Obligaciones:

1. Aporte a la construcción del protocolo e instrumentos para el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de adolescentes gestantes. 2. Realizar socialización del protocolo e instrumentos definidos en la estrategia. 3. Realizar asesoría y asistencia técnica a las instituciones asignadas y actores definidos para la vigilancia. 4. Realización de investigación epidemiológica de campo a adolescentes gestantes prioritizadas. 5. Búsqueda activa de casos reincidentes de embarazo en adolescentes. 6. Elaborar informe mensual que dé cuenta de las acciones realizadas en el proyecto. 7. Articulación con el PDA de SSR, el grupo Funcional Materno Perinatal, Análisis Demográfico y Territorios Saludables. 8. Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso. 9. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaría Distrital de salud. 10. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del Modelo de Atención. 11. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervenciones colectivas. 12. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 13. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene. 14. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 15. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización. 16. Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna según programación. 17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. 17. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. 18. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual. 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

7 » Contrato: 3885-2021

Obligaciones:

1. Aporte a la construcción del protocolo e instrumentos para el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de adolescentes gestantes. 2. Realizar socialización del protocolo e instrumentos definidos en la estrategia. 3. Realizar asesoría y asistencia técnica a las instituciones asignadas y actores definidos para la vigilancia. 4. Realización de investigación epidemiológica de campo a adolescentes gestantes prioritizadas. 5. Búsqueda activa de casos reincidentes de embarazo en adolescentes. 6. Elaborar informe mensual que dé cuenta de las acciones realizadas en el proyecto. 7. Articulación con el PDA de SSR, el grupo Funcional Materno Perinatal, Análisis Demográfico y Territorios Saludables. 8. Realizar el

proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso. 9. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaría Distrital de salud. 10. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del Modelo de Atención. 11. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervenciones colectivas. 12. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 13. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene. 14. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 15. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin de aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización. 16. Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna según programación. 17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. 17. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. 18. Entregar al referente backup de información en magnético de manera mensual. 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

8 » Contrato: 6276-2023

Obligaciones:

1. Elaborar el plan de acción correspondiente al subsistema asignado y realizar seguimiento mensual. 2. Diligenciamiento de la matriz del proyecto de inversión correspondiente, de forma mensual con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud). 3. Analizar, depurar y mantener actualizada la base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica bajo su responsabilidad cumpliendo con criterios de calidad, generando respaldo del sistema de información al que pertenece (backup) periódicamente. 4. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida. 5. Participar y convocar unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado. 6. Coordinar, articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área, del PSPIC y de la red sur occidente, que intervengan, estudien y atiendan los eventos y población de interés. 7. Realizar la orientación y asistencia técnica a la UPGD con el conocimiento e información correspondiente al Sistema de Vigilancia asignado según programación y necesidad. 8. Elaborar las actas, informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad. 9. Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública cuando se requiera en forma integral y oportuna. 10. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaría Distrital de salud, o cualquier otra entidad que sean de estricto cumplimiento. 11. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal. 12. Realizar pre auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente brindando acompañamiento técnico a cada uno de los operativos y generación de planes de mejoramiento según corresponda. y presentar auditoría ante los entes de control. 13. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud). 14. Participar en la formulación, elaboración y desarrollo de investigaciones de carácter científico sobre los eventos específicos y población de estudio en la localidad, analizando las variables de salud, condiciones socio económicas, culturales y ambientales para direccionar las acciones en salud pública (artículos, boletines, anuarios, informes y demás documentos de análisis solicitados). 15. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la entidad. 16. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la Institución, dando respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad. 17. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución, en los tiempos establecidos por el plan de acción de gestión documental del área. 18. Entregar al referente backup de información en magnético de manera mensual. 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por la Sub red y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

9 » Contrato: 2379-2024

Obligaciones:

1) Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. 2) Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. 3) Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. 5) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención 6) Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. 7) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad 8) Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. 9) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. 10) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible 11) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 12) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato

para la certificación de cumplimiento. 13) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 14) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 15) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 16) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 17) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 18) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 19) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 20) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

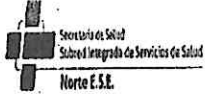
Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los ocho(8) días del mes de Mayo de 2025, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,


Gabriel Ricardo Camacho Arcila
DIRECTOR DE CONTRATACIÓN SUBRED INTEGRADA

| | | |
|---|--|--------------------|
|  | OTROSÍ NO. 1 DE PRÓRROGA, ADICIÓN, ACLARATORIO, MODIFICACIÓN, SUSPENSIÓN, REINICIO AL CONTRATO NO. 8590 de 2024 DE SUMINISTROS, COMPRAVENTA, PRESTACIÓN DE SERVICIO, DE OBRA, INTERVENTORÍA, MANTENIMIENTO, CONSULTORÍA, ADQUISICIÓN, ÓRDENES DE COMPRA, SERVICIO Y/O ARRENDAMIENTO | CÓDIGO: AP-CT-F-32 |
| | | VERSIÓN: 3 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 3 |
| | | FECHA: 26/10/2023 |

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTÍNEZ PUELLO**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. **30.772.851**, expedida en Turbaco - Bolívar, nombrada de conformidad con el Decreto Número 180 del veintinueve (21) de mayo de dos mil veinticuatro (2024) expedido por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. y Acta de Posesión del veintitrés (23) de mayo de dos mil veinticuatro (2024), obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.** creada mediante el Acuerdo No. 641 del seis (6) de abril de dos mil dieciséis (2016), emanado del Concejo de Bogotá, D.C. y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo No. 026 de 10 de octubre de 2024 y Manual de Contratación Resolución No. 0766 de 08 de noviembre de 2024 de la Subred.

Para efectos del presente **OTROSÍ**, la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, y por la otra, **OLAYA PEREIRA MAYORLI**, también mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. **1.026.295.881**, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente **ADICIÓN Y PRÓRROGA**, previas las siguientes:

CONSIDERACIONES:

1. Que el día 4 de diciembre de 2024, LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. y EL CONTRATISTA suscribieron el Contrato de Prestación de Servicios No. 8590 de 2024 a través de la Plataforma SECOP II, cuyo objeto es: **PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV - ENFERMERO (A) - ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA**, por valor de **CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$4.356.755)**, con plazo de ejecución inicial del mismo pactado a partir del 4 de diciembre de 2024 y hasta el 28 de diciembre de 2024.
2. Que, en cumplimiento al principio de planeación, el supervisor presento solicitud de ADICIÓN y PRÓRROGA para dar continuidad al presente contrato por necesidades del servicio.
3. Que, con el fin de garantizar el derecho a la Salud en conexidad al derecho fundamental de la vida de los usuarios de la Subred Norte, el presente contrato se encuentra vigente.


Con fundamento en lo anterior, y como parte integral del presente **OTROSÍ**, LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E y EL CONTRATISTA:

ACUERDAN:

CLÁUSULA PRIMERA: PRORRÓGUESE el plazo de duración del presente Contrato por el término de **Un (1) mes y Tres (3) días**, a partir del **29 de diciembre de 2024** y hasta el **31 de enero de 2025**, es decir, desde la fecha de fenecimiento del plazo inicialmente convenido. **CLÁUSULA SEGUNDA:** ADICIONAR el valor del contrato objeto del presente Otrosí, en un monto de, **DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE (\$2.178.378)**, incluido todos los impuestos y costos directos o indirectos a que haya lugar. **CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. **8590 de 2024**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **SEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTO TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$6.535.133)**, incluido todos los impuestos y costos directos o indirectos a que haya lugar. **CLÁUSULA CUARTA:** EL CONTRATANTE cancelará el valor total de la presente adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, de acuerdo a la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del contrato en concordancia con el cumplimiento de las obligaciones específicas y generales, el objeto del contrato, y su informe de actividades. **CLÁUSULA**



Handwritten signature or mark.

| | | |
|---|--|--------------------|
|  | OTROSÍ NO. 1 DE PRÓRROGA, ADICIÓN, ACLARATORIO, MODIFICACIÓN, SUSPENSIÓN, REINICIO AL CONTRATO NO. 8590 de 2024 DE SUMINISTROS, COMPRAVENTA, PRESTACIÓN DE SERVICIO, DE OBRA, INTERVENTORÍA, MANTENIMIENTO, CONSULTORÍA, ADQUISICIÓN, ÓRDENES DE COMPRA, SERVICIO Y/O ARRENDAMIENTO | CÓDIGO: AP-CT-F-32 |
| | | VERSIÓN: 3 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 2 DE 3 |
| | | FECHA: 26/10/2023 |

QUINTA: El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 1686 del 13 de diciembre de 2024, Nombre del Rubro: – **Contratación Servicios Asistenciales PIC Código 42450209007 Vigencia: 2024**, expedido por la Dirección Financiera – Presupuesto de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. CLÁUSULA SEXTA:** Las demás condiciones y obligaciones descritas en el Contrato de Prestación de Servicios No. 8590 de 2024, se mantienen sin modificación alguna. **CLÁUSULA SÉPTIMA:** El presente OTROSÍ al Contrato de Prestación de Servicios No. 8590 de 2024, se perfecciona con el registro presupuestal expedido por el responsable de presupuesto de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.** y se entiende suscrito y perfeccionado con la firma de las partes.


VICTORIA EUGENIA MARTÍNEZ PUELLO
 GERENTE
 CONTRATANTE


OLAYA PEREIRA MAYORLI
 No. 1026295881
 CONTRATISTA

| | | |
|--|-----------------------------|----------------------------|
| | Alejandro Valencia | Profesional Administrativo |
| | Camilo D'aleman González | Profesional Especializado |
| | Ana Tatiana Quintana Torres | Directora de Contracción |
| <i>Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales.</i> | | |

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942-7**CERTIFICA QUE**

El (la) señor (a) **MAYORLI OLAYA PEREIRA** identificado(a) **CC 1026295881**
laboró en esta empresa con contrato a término **FIJO** desde el **11/01/2022**
hasta **31/08/2023** ; desempeñando el cargo de **ENFERMERO ASISTENCIAL**
en el proceso de **DUCACION EMPLEO Y FOMENTO EMPRESARIA** , con un ingreso **FIJO** **mensual**
de **\$3,836,600**


Causa de terminación: **RENUNCIA**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a) con destino a **HOJA DE VIDA**, de conformidad con los registros existentes en el proceso de Talento Humano, **19/09/2023** , en la ciudad de **Bogotá D.C.**

Sujeta a verificación por el Proceso de Talento Humano, teléfono **4280666 Ext.13900-** opción 1.



MARCELA MUNEVAR SALCEDO
GERENTE DE TALENTO HUMANO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR


Mayorli Olaya Pereira (19 sep. 2023 14:51 CDT)

Firma colaborador(a)

Cédula: 1026295881



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



Salud



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

MAYORLI OLAYA PEREIRA

C.C. 1.026.295.881

Fundacion Universitaria Sanitas

Bogotá D.C.

Fecha de Expedición Diploma: 25/01/2018

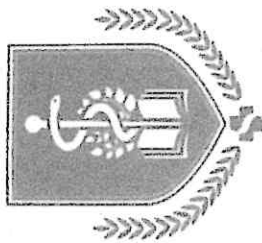
Fecha de Inscripción en Rethus: 28/02/2018

Especialista en Epidemiologia

15/07/2022



Fundación
Universitaria
Sanitas



República de Colombia
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Personería Jurídica No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

Considerando que

Mayorli Olaya Pereira

C.C. 1.026.295.881 de Bogotá D.C.

Cumplió los requisitos académicos exigidos para optar al grado universitario, le confiere el título de

Enfermera

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos el presente Diploma en Bogotá D.C. a los veinticinco (25) días del mes de enero del año dos mil dieciocho (2018)

Mario

Mario Arturo Isaza Ruget
Rector

Jorge

Jorge Antonio Martínez Bernal
Decano

Johns Steve Navarro Lara
Johns Steve Navarro Lara
Secretario General

Fundación
Universitaria
Sanitas



Personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE GRADO No. 0998
(Folio 00601 del libro 11)

En la ciudad de Bogotá, a los veinticinco (25) días del mes de enero del año dos mil dieciocho (2018), la Fundación Universitaria Sanitas, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional de la misma, como consta en el registro SNIES No. 20538, llevó a cabo el acto solemne de graduación mediante el cual, previo juramento, otorga el título de

ENFERMERA

A

MAYORLI OLAYA PEREIRA

Identificado(a) con C.C. No. 1.026.295.881 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para conferir dicho título profesional. Por lo tanto, se le hizo entrega del Diploma No. 18BO57PR001112 que lo(a) acredita como tal.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Firmada por: **MARIO ARTURO ISAZA RUGET** - Rector, **JORGE ANTONIO MARTÍNEZ BERNAL** - Decano Facultad de Enfermería, y **JOHNS STEVE NAVARRO LARA** - Secretario General.

Es fiel copia tomada del original, expedida en Bogotá, el veinticinco (25) de enero del año dos mil dieciocho (2018).


JOHNS STEVE NAVARRO LARA
Secretario General

La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio "Marco Fidel Suárez"

Institución Educativa Distrital

Jornada Tarde

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital según
Resolución No. 2537 del 28 de Agosto de 2002

Confiere a:

Mayorli Olaya Pereira

A.J. No. 96052904150 de Bogotá, D.C.,

El Título de:

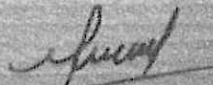
Bachiller Académico


Con Orientación en Ciencias Naturales y Educación Ambiental

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaria


Marco Aurelio Pardo Granados
C.C. 19.242.426 de Bogotá


Leticia Meindiera Forero
C.C. 31.093.622 de Bogotá

Libro de Registro Interno No. 01

Acta No. 30

Folio No. 11

Dado en Bogotá, D.C., a los 29 días del mes de Noviembre del año 2013

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 621
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2120 del 3 de Diciembre de 1993, Presidencia de la República





ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO MARCO FIDEL SUÁREZ Institución Educativa Distrital

Diagonal 52 Sur N° 25 - 00 Teléfono: 230 43 00

Jornada Tarde -11-01

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 30

2610
INSCRIPCIÓN S.E.

11100114200
INSCRIPCIÓN DANE

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 29 días del mes de Noviembre del año 2013, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del ultimo grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria del COLEGIO MARCO FIDEL SUÁREZ INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL, aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Académica. Autorizada por la Secretaria de Educación Distrital para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica. Según Resolución N° 2537 del 28 de agosto del 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TITULO de BACHILLER ACADÉMICO con Orientación en Ciencias Naturales y Educación Ambiental a los graduados cuyos Nombres apellidos se relacionan a continuación:

Mayorli Olaya Pereira

D.I. No. 96052904150 de Bogotá, D.C.,

La presente Acta consta de 28 alumnos graduados comienza con el nombre de: ABRIL TRIANA ANGIE CAROLINA y termina con el nombre de: VIDES BARANOA PABLO ANTONIO.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981.

MARCO AURELIO PARDO GRANADOS
Rector
C.C. No. 19.242.426 de BOGOTÁ

LETICIA MENDIETA FORERO
Secretaria
C.C. 51.995.622 de Bogotá

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 *

1026295881

Primer Nombre

MAYORLI

Primer Apellido

OLAYA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6897

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2025-09-23→1:17:31 AM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------|
| CC | 1026295881 | MAYORLI | | OLAYA | PEREIRA | 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) MAYORLI OLAYA PEREIRA identificado(a) con CC 1026295881 registra La siguiente información:

2025-05-08→1:17:31 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión o Ocupación | Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---------------|-------------------------|----------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2018-02-28 | 1026295881 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |
| ESP | Local | ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA | 2022-07-15 | 1026295881 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

Datos SSO

| Tipo | Tipo | Lugar | Fecha | Fecha | Modalidad | Programa | Entidad |
|------|------|-------|-------|-------|-----------|----------|---------|
|------|------|-------|-------|-------|-----------|----------|---------|



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:

“Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia”

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **MAYORLI OLAYA PEREIRA** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.026.295.881, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los ocho (08) días del mes de mayo del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,


EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

NOTA: El correo electrónico actual del Tribunal Nacional Ético de Enfermería para los certificados es trienfercertificado@gmail.com y para la información en general es trienfer@gmail.com

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

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

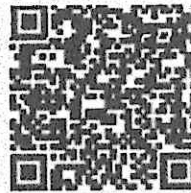
NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que: Mayorli Olaya Pereira CC 1026295881 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-10-07

Fecha de vencimiento: 2027-10-07



FUNDACIÓN NUESTRA

SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la página

www.fundacionnuestrañoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880, Copnia

DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Mayorli Olaya Pereira
CC 1026295881 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Comunitario - Resolución 3100 de 2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2025-10-09
Fecha de vencimiento: 2027-10-09



Verificación:



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaría de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que: Mayorli Olaya Pereira CC 1026295881 de Bogotá D.C


Realizó y aprobó el Curso de Central de Esterilización
con un total de 120 Horas.


Fecha de emisión: 2025-10-01
Fecha de vencimiento: 2027-10-01

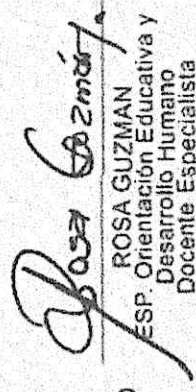
Verificación:



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestraseñoradelasesperanza.co


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Mayorli Olaya Pereira
CC 1026295881 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-10-05
Fecha de vencimiento: 2027-10-05



[Signature]
FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

[Signature]
DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP. 3206
Docente.

[Signature]
ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Mayorli Olaya Pereira
CC 1026295881 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Cálculo Dilución y Administración de Medicamentos con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-10-03

Fecha de vencimiento: 2027-10-03



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la página www.fundacionnuestra Señora de la esperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copma

DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista



CAMPUS @ INNOVA
FUNDACIÓN EDUCATIVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MAYORLI OLAYA PEREIRA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

Nº : 1026295881

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y
EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)
(BASICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-01.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA
GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL
113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS @ INNOVA
FUNDACIÓN EDUCATIVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDA CIÓN EDUCATI VA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MAYORLI OLAYA PEREIRA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1026295881

Realizó y aprobó el Curso básico de:

GESTIÓN DEL DUELO (GD) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-01.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA
GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ



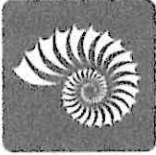
REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS @ INNOVA
FUNDACIÓN EDUCATIVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MAYORLI OLAYA PEREIRA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1026295881

Realizó y aprobó el Curso básico de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-01.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS @ INNOVA
FUNDAÇÃO EDUCATIVA
CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDAÇÃO EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MAYORLI OLAYA PEREIRA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1026295881

Realizó y aprobó el Curso básico de:

**INSERCIÓN DE IMPLANTES SUBDERMICOS Y
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (BASICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-01.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA
GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ



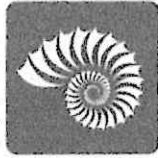
REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069739330

GERENTE GENERAL
1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS @ INNOVA
FUNDACIÓN EDUCATIVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MAYORLI OLAYA PEREIRA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1026295881

Realizó y aprobó el Curso básico de:

**ASESORIA PARA PRUEBA VOLUNTARIA DEL VIH
(BASICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-01.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA
GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ



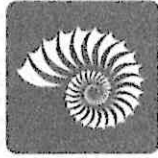
REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS @ INNOVA
FUNDACIÓN EDUCATIVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MAYORLI OLAYA PEREIRA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1026295881

Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-01.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA
GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ



REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS  **INNOVA**
FUNDACIÓN EDUCATIVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MAYORLI OLAYA PEREIRA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

Nº : 1026295881

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DEL DOLOR (CPM)
(BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-01.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA
GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ



REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069739330

GERENTE GENERAL
1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS @ INNOVA
FUNDACIÓN EDUCATIVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MAYORLI OLAYA PEREIRA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

Nº : 1026295881

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**TOMA DE CITOLOGÍAS CERVICOUTERINAS (TCU)
(BASICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-01.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA
GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ



REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 281101061



PIB
09:16:31
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 24 de septiembre del 2025

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) MAYORLI OLAYA PEREIRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026295881:

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 William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 24 de septiembre de 2025, a las 09:14:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1026295881 |
| Código de Verificación | 1026295881250924091423 |

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



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, 24/09/2025 09:19:15 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1026295881** y Nombre: **MAYORLI OLAYA PEREIRA.**

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. **123755776** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda

 Imprimir



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:26:38 PM horas del 22/09/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1026295881**

Apellidos y Nombres: **OLAYA PEREIRA MAYORLI**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
- 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-
atc@policia.gov.co)

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

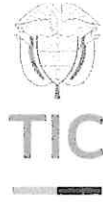
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:10:51 horas del 09/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1026295881, Apellidos y Nombres OLAYA PEREIRA MAYORLI

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA, con NIT 900750333-1 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.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



**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 1026295881 **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 29/09/2025 07:47 AM



Código Verificación: Q27NB9WGTU

Válida hasta: 28/12/2025

Dirección de Gobierno Digital

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



Institución vacunadora: 110013029625

Fecha de generación del carné: sábado, 07 de mayo de 2025 02:19 p.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---------------------------|-----------------------|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 1026295881 |
| Nombres y Apellidos | MAYORLI OLAYA PEREIRA |
| Fecha de nacimiento: | 29/05/1996 |

| Vacuna | Dosis | Fecha | Nombre comercial | Lote | Institución vacunadora |
|--------------------------|------------------|------------|------------------|--------|---|
| Anti - Rábica | Primer refuerzo | | | | |
| | Segundo refuerzo | | | | |
| | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Antirrábica profiláctica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Primer refuerzo | | | | |
| | Segundo refuerzo | | | | |
| | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| BCG | Única | | | | |
| COVID - 19 | Primera dosis | 12/05/2021 | Pfizer | ET6924 | IPS SANANGEL |
| | Segunda dosis | 27/06/2021 | Pfizer | EY0585 | HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - GRUPO EXTRAMURAL |
| DPT | Única | | | | |
| DPT Acelular | Única | | | | |
| | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Primer refuerzo | | | | |
| | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110013029625

Fecha de generación del carné: sábado, 07 de mayo de 2025 02:19 p.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---------------------------|-----------------------|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 1026295881 |
| Nombres y Apellidos | MAYORLI OLAYA PEREIRA |
| Fecha de nacimiento: | 01/05/1996 |

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------|------------|------------------------------|---------------|--|
| Td | Primera dosis | 11/08/2016 | Toxoide Tetánico y diftérico | d2277 | CENTRO MÉDICO KENNEDY BOMBEROS |
| | Segunda dosis | 25/10/2016 | Toxoide Tetánico y diftérico | D2277 | CENTRO MÉDICO KENNEDY BOMBEROS |
| | Tercera dosis | 14/07/2017 | Toxoide Tetánico y diftérico | D2288/06/2018 | CLINICA MATERNO INFANTIL EL CARMEN |
| | Cuarta dosis | 15/11/2018 | Toxoide Tetánico y diftérico | 221502016B | Centro de Atención en Salud Cafam Floresta |
| | Quinta dosis | 04/03/2020 | Toxoide Tetánico y diftérico | 2338X004AE | UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PIAMONTE |
| Toxoide Tetánico | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Primer refuerzo | | | | |
| | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| Quinta dosis | | | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Triple viral | Primera dosis | 04/03/2015 | Trimovax Merieux | J5481 | CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA |
| | Primera dosis | | | | |
| Varicela | Primera dosis | 08/07/2014 | Vaccine | S101286 | CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA |
| Varicela + Triple Viral | Única | | | | |
| VPH Bivalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| VPH Nona Valente | Única | | | | |
| | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Única | | | | |



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110013029625

Fecha de generación del carné: sábado, 07 de mayo de 2025 02:19 p.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---------------------------|-----------------------|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 1026295881 |
| Nombres y Apellidos | MAYORLI OLAYA PEREIRA |
| Fecha de nacimiento: | 01/05/1996 |

| | | | | | |
|------------------|---------------|--|--|--|--|
| VPH Tetravalente | Única | | | | |
| | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Única | | | | |



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110013029625

Fecha de generación del carné: sábado, 07 de mayo de 2025 02:19 p.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---------------------------|-----------------------|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 1026295881 |
| Nombres y Apellidos | MAYORLI OLAYA PEREIRA |
| Fecha de nacimiento: | 01/05/1996 |

| | | | | | |
|-----------------------------|---------------|------------|----------------------------------|------------|--------------------------------|
| DPT Acelular | Refuerzo | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Única | | | | |
| Fiebre amarilla | Primera dosis | 03/02/2021 | Fiebre Amarilla - SANOFI PASTEUR | R3G91 | Centro de Salud Terminal Aéreo |
| Fiebre tifoidea | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A, Hepatitis B | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| Hepatitis B | Primera dosis | 08/07/2014 | Engerix B Adultos | 1434015 | CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA |
| | Segunda dosis | 27/02/2015 | Engerix B Adultos | AHBVC397AB | CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA |
| | Tercera dosis | 21/07/2017 | Hepavax Gene | 1434028.05 | CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA |
| Hepatitis B segundo esquema | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Influenza | Única | 28/08/2024 | Green Cross 0.5 ml | V50524004 | Centro de Salud Terminal Aéreo |
| Meningococo | Única | | | | |
| Meningococo Conjugado | Única | | | | |
| Meningococo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| Neumo Conjugado | Única | | | | |
| Neumo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Neumococo | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Neumococo Trece valente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Única | | | | |
| Sarampión y Rubéola | Primera dosis | | | | |
| | Adicional | | | | |



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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MAYORLI OLAYA PEREIRA identificado(a) con Cedula Ciudadanía 1026295881, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|------------------|---------------|
| 20230801 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Septiembre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAREPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
26758270

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAYORLI OLAYA PEREIRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 1026295881**, se encuentra afiliado/a desde **25/06/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de septiembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Certificación Bancaria

Viernes, 26 de septiembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MAYORLI OLAYA PEREIRA identificado(a) con CC 1026295881, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|----------------|--------------|------------------------------|--------|-------|
| Cuenta Ahorros | 15400011921 | 2018-10-04 | ACTIVO | ***** |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|----------------------|------------------------------|--|
|  | E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA | | | |  |
| | Tipo de Documento | Área o Proceso que lo Genera: | | AREA O PROCESO QUE LO GENERA | |
| | FORMATO | CERTIFICADO DE IDONEIDAD | | GESTION DEL TALENTO HUMANO | |
| | CODIGO | VERSION | FECHA DE ELABORACION | PAGINA | |
| A - TH - F - 015 | 2 | 12/0/2025 | 1 DE 1 | | |


**LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"**

NIT. 900.750.333 – 1

CERTIFICA

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **MAYORLI OLAYA PEREIRA** identificado (a) con cedula de ciudadanía **No 1.026.295.881** se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra idoneidad y experiencia relacionada.
Para constancia de los anterior se firma a los ocho (08) día del mes de octubre del año dos mil veinticinco (2025).



LAURA LILIANA HERRERA MENDIVELSO
Líder Talento Humano

Elaboró y Proyectó: Laura L. Herrera M. / Líder Talento Humano
Revisó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo Y Financiero
Aprobó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo Y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos aprobamos, declaramos que le presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de Gerencia de la E.S.E

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera copia.