familiar y la forma de acceder a estos - Sensibilización sobre la prevención de la violencia de género y la violencia sexual, y las opciones de apoyo disponibles para los jóvenes en situaciones de vulnerabilidad e IVE. la actividad debe incluir espacios para la elaboración de preguntas anónimas por parte de los jóvenes. Este insumo será utilizado para la realización de talleres con padres de familia para que conozcan las inquietudes más comunes de los jovenes en materia de salud sexual y salud reproductiva. Se debe entregar a los jóvenes beneficiados de la actividad, un certificado como multiplicadores en derechos sexuales y				

derechos reproductivos				

Taller de educación en salud sexual y salud reproductiva dirigido a niños y niñas de grado tercero, cuarto y quinto de primaria de la institución educativa del microterritorio para que puedan estar en capacidad de identificar las diferencias de sexo, adquirir información adecuada sobre la anatomía de los órganos genitales y sus funciones, fomentar actitudes positivas frente al cuerpo y la genitalidad y promover el autocuidado de la salud sexual y prevenir las violencias sexuales y violencias de género.	URBANO	Enfermera - médico	3	15

Capacitación a padres de familia y líderes comunitarios para abordar temas de salud sexual en la cual se aboradarán las preguntas anónimas que han formulado los adolescentes y jóvenes en el proceso de formación (mínimo 20 personas)	URBANO	Enfermera - médico	2	20

Jornadas de tamizaje para ITS (VIH y sífilis), con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad por parte de personal certificado en POCT a excepción de los profesionales en bacteriología. Se debe garantizar la asesoría pre y post prueba y la entrega de cinco (05) preservativos a las personas que accedan a las pruebas. se debe garantizar la canalización efectiva de los usuarios con resultados resctivos a la IPS primaria para captación de los casos resguardando la confidencialidad. Mínimo 30 personas	URBANO	Enfermera - médico o Bacteriólogo	2	30

Desarrollar de un (01) taller teorico practico de dos (2) horas de duracion, distribuidas en una hora teorico y una hora practica en el entorno escolar dirigidas a estudiantes de 8 ° y 9 ° grados, profesores en la zona urbana con un minimo de 25 asistentes, que debe incluir los siguientes temas a) Que son los plaguicidas y su clasificación toxicológica b) Que son los pictogramas que vienen en el envase y que significan y para qué sirven.c) Vías de penetración de los plaguicidas y como afectan la salud, el suelo, el aire y agua.d) Peligros y cuidados en el hogar, sitio de trabajo dotando de conceptos y actitudes que minimicen los riesgos a accidentes y	URBANO	Médico.	4	25

suicidios con plaguicidas.e) Población en mayor riesgo y precauciones necesarias que eviten estos riesgos a la familia, los animales y el ambiente.) S íntomas que se presentan ante una intoxicación y qué hacer ante un evento. Se deben generar mensajes o eslogan alusivos al uso y manipulación con precaución de plaguicidas para complementar las infografías de los afiches.				

SEXTA – SUPERVISIÓN DE LA ORDEN: De conformidad con la A-007 del 01 de agosto de 2.024, por medio de la cual se aprueba el estatuto de Contratación de la Empresa Social Del Estado CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN, con el fin de ejercer la supervisión y el control de la presente orden, el cabal cumplimiento de las obligaciones del beneficiario de la orden y la vigilancia de la correcta ejecución técnica, administrativa y financiera del mismo, la supervisión de la orden será ejercida por parte de LA EMPRESA a través del funcionario que para tales efectos designe el Gerente de la E.S.E o quien haga sus veces, quien velará por los intereses del mismo y le corresponderán las siguientes funciones:

a) Velar por que se cumpla correctamente el objeto de la orden.
b) Supervisar el cumplimiento de las obligaciones de este y el correcto manejo de los recursos.
c) Conocer los informes de ejecución de la orden y formular sus observaciones oportunamente cuando sea el caso, así como estudiar las consultas y peticiones que efectúe el beneficiario de la orden.
d.) Emitir concepto por escrito y en forma oportuna sobre las solicitudes de adiciones o prórrogas que presente el beneficiario de la orden

e.) Requerir al beneficiario de la orden cuando prevea que no avanza en las actividades necesarias para cumplir con los plazos estipulados en el cronograma de actividades presentado (Si a ello hubiere lugar).
f) Proyectar el acta de liquidación de la orden.

SÉPTIMA – IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL El compromiso de la presente orden será asumido por **LA EMPRESA** con cargo al(los) certificado(s) de disponibilidad Presupuestal **CDP No**. 1013 **de 2.025**, expedido por el jefe de Presupuesto de LA E.S.E.

Para constancia se firma en el Municipio de Sahagún, a los 19 días del mes de mayo de 2.025.

Por parte de la **E.S.E CAMU SAN RAFAEL,** ordenador del gasto,

GHASSAN NADER NAME
GERENTE E.S.E CAMU SAN RAFAEL
ORDENADOR DEL GASTO

Manifestando su voluntad de aceptar el objeto, obligaciones y condiciones generales derivadas de la presente orden.

IVAN DARIO SIMANCA SIMANCA,
CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO:1047501825

MARIA CAMILA NADER BULA
SUPERVISOR

Los abajo aquí firmantes declaramos que el documento cuenta con los requisitos esenciales para la orden o contrato.

	NOMBRE	EN CALIDAD DE	FIRMA	FECHA
REALIZO	ANDRES CABRALES MARTINEZ	CONTRATISTA		19/05/2025
REVISO	MARA CRITINA LEYVA SANCHEZ	JEFE DE OFICINA JURIDICA		19/05/2025

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SIMANCAS	SIMANCAS	IVAN DARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.047.501.825

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 17 MES 04 AÑO 1998

PAÍS: _____

DEPTO: CÓRDOBA

MUNICIPIO: PLANETA RICA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CALLE 12 #9-80

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CÓRDOBA

MUNICIPIO: BUENAVISTA

TELÉFONO: 3148761194 EMAIL: ivansimanca98@hotmail.co

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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 12 AÑO 2014

EDUCACION 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		MÉDICO	04	2012	1047501825

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CAMI S.A.S		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	BUENAVISTA	SIAU@CAMISAS.COM.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3205748152	DÍA 01 MES 08 AÑO 2022	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
COORDINADOR MÉDICO ASISTENCIAL		CR 12 #12A-58

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLÍNICA CENTRAL O.H.L LTDA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	MONTERIA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3008861147	DÍA 16 MES 07 AÑO 2021	DÍA 15 MES 07 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MÉDICO RURAL		CRA 6TA ENTRE 30-31

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	

5 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 BUENAVISTA / CÓRDOBA - 07/06/2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.047.501.825
SIMANCA SIMANCAS
APELLIDOS
IVAN DARIO
NOMBRES

Iván Darío
FIRMA





HUELLA DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1998
PLANETA RICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.81 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-ABR-2016 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALVIS YACHA



P:0500100-00835125-M-1047501825-20160420 0050025BRGA 1 4568.802

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

11000

Montería, 2022/08/03

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DE CORDOBA

CERTIFICA

Que conforme a lo establecido en el Artículo 33 de las Ley 1164 de 2007 y la Resolución 774 de 2022 el (la) profesional **IVAN DARIO SIMANCA SIMANCA** identificado con la Cedula de Ciudadanía No 1047501825 expedida en Cartagena (Bolivar) cumplió con su Servicio Social Obligatorio como **MEDICO** en la CLINICA CENTRAL OHL LTDA en Montería (Córdoba), en la siguiente plaza y fechas.

Código de la Plaza	Modalidad	Fecha Inicio	Fecha de terminación
23001001090011-2	Vinculación Legal y Reglamentaria	2021-07-17	2022-07-16

Según artículo 6° de la Resolución 1058 de 2010

LUIS FERNANDO POPO PADRON
Secretario de Desarrollo de Salud

Elaboró: LUZ REYES

La salud es de todos

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS

C.C. 1047501825

MÉDICO

Corporación Universitaria Rafael Nuñez

Cartagena de Indias

Grado: 06/04/2021

Rethus: 28/08/2022



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 419 de 2018. En esta tarjeta se evoca fraude, favor diríjalse al colegio médico colombiano Av. Cartagena 16 # 10J-43 Oficina 601 - Edificio Avenida 16 PH.
Info@colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Marulanda Plata

Representante legal Colegio Médico Colombiano

La República de Colombia
y en su nombre la

Corporación Universitaria Rafael Núñez

en atención a que

IVÁN DARÍO SIMANCA SIMANCAS
C.C. NO. 1.047.501.825 DE CARTAGENA, BOLÍVAR.

Ha completado todos los estudios que el Ministerio de Educación Nacional, la ley y el Reglamento Estudiantil exige para optar el titulo de:

MÉDICO

le expide el presente Diploma, testificado y garantizado bajo la Fé Pública de que se halla investido por Ministerio de la ley, que dicha persona es idónea para desempeñar la profesión de

MÉDICO

En testimonio de ello se expide el presente Diploma en la ciudad de Cartagena
el día 6 del mes de ABRIL del año 2021
y se refrenda con las firmas.

El Rector | Vice -Rector Académico | Decano | Secretaria General

Acta de Grado No. 143

Diploma No. 1961

No. de Registro 01961 Libro No. 5

Institución Universitaria I Vigilada Mineducación
Personería Jurídica No. 6644 del 5 de junio de 1985 - Ministerio de Educación Nacional

La República de Colombia
y en su nombre la

Corporación Universitaria Rafael Núñez

en atención a que

IVÁN DARÍO SIMANCA SIMANCAS
C.C. NO. 1.047.501.825 DE CARTAGENA, BOLÍVAR.

Ha completado todos los estudios que el Ministerio de Educación Nacional, la ley y el Reglamento Estudiantil exige para optar el titulo de:

MÉDICO

le expide el presente Diploma, testificado y garantizado bajo la Fé Pública de que se halla investido por Ministerio de la ley, que dicha persona es idónea para desempeñar la profesión de

MÉDICO

En testimonio de ello se expide el presente Diploma en la ciudad de Cartagena
el día 6 del mes de ABRIL del año 2021
y se refrenda con las firmas.

El Rector | Vice -Rector Académico | Decano | Secretaria General

Acta de Grado No. 143
Diploma No. 1961
No. de Registro 01961 Libro No. 5

Institución Universitaria | Vigilada Mineducación
Personería Jurídica No. 6644 del 5 de junio de 1985 - Ministerio de Educación Nacional

RAFAEL NUÑEZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA RAFAEL NUÑEZ

ACTA DE GRADO No. 143

En la ciudad de Cartagena de Indias, a los veintinueve (29) días del mes de marzo de 2021, por medio de la Resolucion No. 5 de la misma fecha, dentro del Programa de Medicina, la Corporacion Universitaria Rafael Nuñez en nombre de la Republica de Colombia y con base en la autonomia conferida por la Ley 30 de 1992, se le otorgo el titulo de

MEDICO

A

IVÁN DARÍO SIMANCA SIMANCAS
C.C. No. 1.047.501.825 de Cartagena, Bolivar.

Quien cumplio con los requisitos exigidos por los Estatutos, el Reglamento Estudiantil de la Institucion y con las normas legales vigentes. En testimonio se le entrego el Diploma No. 1963 y para constancia se firmo el Acta correspondiente

Fecha de Grado: Abril 6 de 2021

El Rector

MIGUEL ÁNGEL ENRIQUEZ LOPEZ

Vice Rectora Academica

PATRICIA DE MOYA CARAZO

Decano de la Facultad

JUAN CARLOS LOZANO PINEDA

Secretaria General

VIVIAN ENRIQUEZ LOPEZ

Limpiar

Resultado General -2024-09-06 11:25:12 p.m.

Tipo de Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado de Identificación:	Detalles
CC	1047501825	IVAN	DARIO	SIMANCA	SIMANCAS	Vigente	Ver

De conformidad con lo establecido en el Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud "RUS" siendo las 11:25:12 p. m. del (la) señor(a) IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS identificado(a) con CC 1047501825 registra la siguiente información:

2024-09-06 11:25:12 p.m.

Información de Idoneidad

Tipo Profesional	Origen del título	Programa de formación	Fecha de grado	Acta de grado	Universidad
Programa VNU	Local	MEDICINA	2022-08-28	104180	COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo	Origen	Lugar de prestación	Fecha inicio	Fecha fin	Modalidad	Profesión	Entidad
Listo SSO	Local	COLOMBIA|CÓRDOBA|MONTERÍA	2021-07-17	2022-07-16	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización permanente por el Ministerio de Salud y Protección Social. El

CAMI S.A.S.

NIT: 812004304-8

EL SUSCRITO GERENTE DE CAMI S.A.S.

CERTIFICA QUE

El Sr. **IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS ,** Identificado con cedula de ciudadania Nº 1047.501.825 expedida en Cartagena, presta sus servicios profesionales en esta institución como Medico de Urgencia desde el 1 de Agosto de 2022 y a la fecha se encuentra vinculado

Dado en la ciudad de Buenavista siete (7) día del mes de Abril de 2025.

Atentamente,

CAMI S.A.S.
NIT 812004304-8

SHIRLY SIMANCAS QUESADA
Rep. Legal CAMI S.A.S
320 574 8152

CENTRO DE ENTRENAMIENTO
INTEGRAL EN SALUD S.A.S.
¡Porque El Conocimiento, Hace Parte de tu Vida!
NIT 901283715-7

HACE CONSTAR QUE

IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS
CC:1.047.501.825

Asistió y Aprobó el Curso de Entrenamiento "ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO" , Con Abordaje Terapéutico. Manejo y seguimiento de la cadena de custodia, se expide normas para la prevención de violencia sexual y atención integral para niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. Curso entregado en la ciudad de Monteria, departamento de córdoba, el día 18 de mayo del Año 2023, con una duración de 48 horas. Resolución 3100/2019. Resolucion 459/2012 Licencia 109679 De 08/05/2019. Renovación. 2025

Centro de Entrenamiento
Integral en Salud
NR.9012837151

EDWIN BARRETO CAUSADO
Experto Director Científico
Delegado IRS-ACLS
Matrícula 109679

@Centrodeentrenamientoceis centrodeentrenamientoceis@gmail.com

CENTRO DE ENTRENAMIENTO
INTEGRAL EN SALUD S.A.S.
¡Porque El Conocimiento, Hace Parte de tu Vida!
NIT 901283715-7

HACE CONSTAR QUE

IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS
CC:1.047.501.825

Asistió y Aprobó el Curso de Entrenamiento "SOPORTE CARDIACO VITAL BÁSICO SCVB O BLS" , Con Abordaje Terapéutico. Manejo y seguimiento de la cadena de supervivencia Extrahospitalaria a pacientes con paradas cardiorrespiratorias, curso entregado en la ciudad de Montería, departamento de Córdoba, el día 16 de mayo del Año 2023, con una duración de 20 horas, basadas en las ultimas guías actualizadas de la American Heart Association AHA para Rcp y Ace del 2020,Soporte Vital Cardiovascular Avanzado y Soporte Vital Avanzado Pediátrico. Resolución 3100/2019. Licencia 109679 De 08/05/2019. Renovación. 2025

Centro de Entrenamiento
Integral en Salud
NR.9012837151

EDWIN BARRETO CAUSADO
Experto Director Científico
Delegado IRS-ACLS
Matrícula 109679

@Centrodeentrenamientoceis centrodeentrenamientoceis@gmail.com

CENTRO DE ENTRENAMIENTO
INTEGRAL EN SALUD S.A.S.
¡Porque El Conocimiento, Hace Parte de tu Vida!
NIT 901283715-7 000 10198201

HACE CONSTAR QUE

IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS
CC:1.047.501.825

Asistió y Aprobó el Curso de Entrenamiento "SOPORTE CARDIACO VITAL AVANZADO SCVA O ACLS" , Con Abordaje Terapéutico y Manejo de algoritmos a pacientes con paradas cardiorrespiratorias, curso entregado en la ciudad de Montería, departamento de Córdoba, el día 17 de mayo del Año 2023, con una duración de 48 horas, basadas en las ultimas guías actualizadas de la American Heart Association AHA para Rcp y Ace del 2020,Soporte Vital Cardiovascular Avanzado y Soporte Vital Avanzado Pediátrico. Resolución 3100/2019. Licencia 109679 De 08/05/2019. Renovación. 2025

Centro de Entrenamiento
Integral en Salud
Nit. 9012837151

EDWIN BARRIOS AUSADO
Gerente Dirección Científica
Enfermero BLS-ACLS
Matrícula 109679

@Centrodeentrenamientoceis centrodeentrenamientoceis@gmail.com

CENTRO DE ENTRENAMIENTO
INTEGRAL EN SALUD S.A.S.
¡Porque El Conocimiento, Hace Parte de tu Vida!
NIT 901283715-7 000 10198201

HACE CONSTAR QUE

IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS
CC:1.047.501.825

Asistió y aprobó curso de entrenamiento "**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS** ". INTERVENCION TERAPEUTICA A PACIENTES VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS. Curso entregado en la ciudad de monteria, departamento de córdoba, el día 19 de mayo del año 2023, con una duración de 20 horas. . Resolución 4568 de 2014,basadas en las ultimas guías actualizadas de la American Heart Association AHA para Rcp y Ace del 2020. Soporte Vital Cardiovascular Avanzado y Soporte Vital Avanzado Pediátrico. Resolución 3100/2019. Licencia 109679 De 08/05/2019. Renovación. 2025

Centro de Entrenamiento
Integral en Salud
Nit. 9012837151

EDWIN BARRIOS AUSADO
Gerente Dirección Científica
Enfermero BLS-ACLS
Matrícula 109679

@Centrodeentrenamientoceis centrodeentrenamientoceis@gmail.com

CENTRO DE ENTRENAMIENTO
INTEGRAL EN SALUD S.A.S.
¡Porque El Conocimiento, Hace Parte de tu Vida!
NIT 901283715-7 0001019820 1

HACE CONSTAR QUE

IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS

CC:1.047.501.825

Asistió y aprobó el curso de entrenamiento "**GESTIÓN DEL DUELO**" INTERVENCION TERAPEUTICA EN ATENCION INTEGRAL ANTE EL MANEJO DEL DUELO, Curso entregado en la ciudad de Montería, departamento de córdoba, el día 20 de mayo del año 2023, con una duración de 40 horas, basadas en las ultimas guías actualizadas ministerio de salud 2016 -58 y la American Heart Association AHA para Rcp y Ace del 2020,Soporte Vital Cardiovascular Avanzado y Soporte Vital Avanzado Pediátrico. Resolución 3100/2019, Licencia 109679 De 08/05/2019.
Renovación. 2025

Centro de Entrenamiento
Integral en Salud
Nit.901283715

EDWIN BARRETO CASADO
Director Dirección Científica
Coordinador IES-ACLS
Matrícula 1066/58

@Centrodeentrenamientoceis centrodeentrenamientoceis@gmail.com

CENTRO DE ENTRENAMIENTO
INTEGRAL EN SALUD S.A.S.
¡Porque El Conocimiento, Hace Parte de tu Vida!
NIT 901283715-7 0001019820 1

HACE CONSTAR QUE

IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS

CC:1.047.501.825

Asistió y **Aprobó** el Curso de Entrenamiento "HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD ", Con Abordaje y Manejo en la atención integral de calidad en la humanización y prestación de los servicios en la salud, prestar los servicios de salud, curso entregado en la ciudad de Montería, departamento de córdoba, el día 21 de mayo del Año 2023, con una duración de 48 horas, basadas en las ultimas guías actualizadas del ministerio de salud y la protección social Resolución 5095 de 2018 Resolución 3100/2019. Licencia 109679 De 08/05/2019.
Renovación 2025

Centro de Entrenamiento
Integral en Salud
Nit.901283715

EDWIN BARRETO CASADO
Director Dirección Científica
Coordinador IES-ACLS
Matrícula 1066/58

@Centrodeentrenamientoceis centrodeentrenamientoceis@gmail.com

Nombres y Apellidos: Ivan Simanca Simancas
Fecha de Nacimiento: 17-Abril-1998
Direccion: Alto Bosque MB 261
Telefono: 6624348
Identificacion: 1047501825

Por tu Salud Bolivar IPS
No.
Pensando en lo mejor para ti
Cra 3 de Noviembre Cl. 30A No. 58A-73 Loc. 2 Tel. 6431584 Cel. 3173248425
mail: portusaludbolivar@gmail.com / www.portusaludbolivar.com / Cartagena de Indias, Colombia
Certificado de Vacunación

VACUNA	DOSIS	LOTE	FECHA	FIRMA
F. AMARILLA	UNICA			
Hepatitis B	1a dosis	UFX15004	3-08-16	Edinson
	2a dosis	14340625	21-09-16	Edinson
	3a dosis	14340626	23-02-17	Edinson
Hepatitis A	1a dosis			
	2a dosis			
Influenza	1a dosis	2210-19	13-08-16	Edinson
NEUMO 23	1a dosis			
Triple Viral	UNICA			

VACUNA	DOSIS	LOTE	FECHA	FIRMA
(DPT)	1a dosis			
AC	2a dosis			
TD	1a dosis	601T	3-08-16	Edinson
	2a dosis	601T	21-09-16	Edinson
	3a dosis	605T	23-02-17	Edinson
VARICELA	1a dosis			
	REFUERZO			
MENINGOCOCO	1a dosis	6044A	3-08-16	Edinson
AB	2a dosis	604MA	21-09-16	Edinson
ESPIROCOCO B	UNICA			
(TIFOIDEA)				

Estos [illegible] a vacunarse en Colombia
[illegible] a zonas de riesgo.

Consérvelo

La salud es de todos

La salud es de todos

Certificado de vacunación del adulto

NOMBRE: IVAN DARIO
APELLIDOS: SIMANCA SIMANCAS
SEXO: X
IDENTIFICACIÓN: 1047501825
FECHA DE NACIMIENTO: 17 04 1998

[illegible]

[illegible] 30/05/23 Vacunado final c

laboratorio clinico y patologia
bernardo espinosa - martha de espinosa
maria alejandra espinosa M.D
diego espinosa

Forma 1 de 1
Page 1 of 1

Sede : Monteria
Solicitud : 10639050
Paciente : IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS
Identificación : 1047501825
Convenio : PARTICULAR

Fecha Recepción: 2024-03-02 07:18:33
Fecha Impresión : 2024-03-02 18:34:16
Médico : SIN ORDEN MEDICA
Edad/Sexo : 25 / M

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
INMUNOLOGIA			
Varicela Herpes Zoster Virus Ac, IgG			
Método: ELFA VIDAS			
Resultado:	**Positivo 2.50**		
			Negativo: < 0,6
			Indeterminado: 0,6 - 0,9
			Positivo: > 0,9
Hepatitis B-Antic. Contra HBS	3.5	UI/mL	
			Positivo > 12.00
			Dudoso 8 - 12
			Negativo < 8.0

SANDRA EDITH BUELVAS MIRANDA
TP. 1067925263 Bacteriologa

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

Conservelo

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

POR MI Y POR COLOMBIA YO ME VACUNO

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres
Apellidos
Documento de identidad
Fecha de Nacimiento

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	31.01.24	0128W13002	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	U	28.1.16	U0551	
Contra Influenza	U	31.01.24	U5021B001	
Virus de Papiloma Humano				

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

ADRIANA BELTRÁN MIRANDA
C.C. 1.047.493.638 de Cartagena
Esp. En Seguridad y Salud en el Trabajo
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo según Resolución 00986

Tipo de certificación: Ingreso _x__ **Periodico:** ____ Retiro ___ Ingreso al SVE ___



DATOS DEL PACIENTE:

Fecha y hora: 07 Junio 2024
Empresa contratante: Particular | **Nit:** N/A
Nombres: Iván Darío Simanca Simancas
Identificación: 1047501825 **Cargo:** Médico general **Edad:** 26 años

EXAMENES PRACTICADOS:

EXAMEN:	RESULTADO:
1: Exámen médico Osteomuscular	Normal
2: Examen Cardiovascular	Normal
3.	

CONCEPTO DE VALORACIÓN MÉDICA:

RESULTADO: Apto
RECOMENDACIONES: Se recomienda control optométrico anual, disminución de peso, mantener estilos de vida saludables, mejorar alimentación, realizar actividad física de moderada intensidad al menos 3 a 4 veces a la semana, mantener los protocolos de bioseguridad, realizar pausas activas durante la jornada, realizar pausas visuales durante la jornada, higiene postural.

Manejo por la EPS		Ocupacionales:		Habitos:	
Control Auditivo	--	Capacitaciones en SST	Si	Autocuidado	Si
Control espirometrico	--	Control periodico ocupacional	Si	Bajar de peso	Si
Control optometrico	X	Higiene Postural	Si	Dejar de fumar	--
Control periodico EPS	X	Pausas Activas	Si	Deporte semanal	Si
Ingresar a programa de obesidad	--	Uso de EPP	Si	Fomentar estilos de vida saludable	Si
Remision a especialistaEPS	--			Ingresar programa de obesidad	--
Seguimiento por la ARL	--			Reducir consumo de alcohol	--

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SVE

Cardio Repiratorio	**SÍ**
Ergonomico	**SÍ**
Visual	--

Firma del Médico Esp.SSO-SST	**Firma del paciente**
Adriana Beltran Miranda	Ivan Darío Simanca Simancas.
	CC **1047501825**

El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, familiares y personales que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información suministrada durante este examen es cierta

NOTA: La Historia Clínica es un documento estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo los siguientes casos: cuando medie mandato judicial, por autorización expresa, escrita y con firma autenticada del trabajador interesado, y por la solicitud de las autoridades competentes de previsión y seguridad social (MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL Resolución 8398 de 1991, Artículo 3)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

ADRIANA BELTRÁN MIRANDA

C.C. 1.047.493.638 de Cartagena

Esp. En Seguridad y Salud en el Trabajo

Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo según Resolución 00986

Dirección: Calle 42 N°9-05 Barrio Los Laureles
Tel: 3046663651

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 248405746

PIB
23:04:56
Hoja 1 de 01

Bogotá DC. 22 de abril del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS identificado(a) con Cedula de ciudadania número 1047501825:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

7. Diligenciar: 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 14714831784

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1047501825 6. DV: 1 12. Dirección seccional: 13. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida	2 Cédula de Ciudadanía	13 1047501825	2016 04 20

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Bolivar 13	Cartagena 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SIMANCA	SIMANCAS	IVAN	DARIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169 Córdoba	23 Buenavista 079

41. Dirección principal: CL 12 A 9 80

42. Correo electrónico: ivansimanca98@hotmail.com

43. Código postal: 44. Teléfono 1: 7712039 45. Teléfono 2: 3148761194

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código / 52. Número establecimientos
8621	2020 02 03					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código: 2 0

20- Obtencion NIT

Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código:

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma: 56. Tipo: Servicios: 1 2 3

57. Modo:

58. CIIU:

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2020 10 02 12 54 30

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

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016.

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

68. Nombre: PUERTA GUTIERREZ JULIO ESTEBAN

69. Cargo: Gestor I

Fecha de firma: con documento PDF 02 10 2020 12 54 31 PM

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 jueves 24 de Abril de 2025, a las 23:12:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1047501825
Código de Verificación	104750182525042423122 5

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:14:33 PM horas del 23/04/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1047501825**
Apellidos y Nombres: **SIMANCA SIMANCAS IVAN DARIO**

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. 30562 (Bogotá)
Resto del país: 018000 9 10 112
E-mail: dijin.grac.atc@policia.gov.co

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

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia

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, 23/04/2025 11:16:01 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1047501825** .

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. **93711032** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

515 9000

sigep II — FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, IVÁN DARIO SIMANCA SIMANCAS

IDENTIFICADO CON C C X C E T I N 1.047.501.825 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN CARTAGENA

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CÓRDOBA	BUENAVISTA

Dirección CALLE 12 #9-12 Teléfonos 3148761194

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SHIRLY SIMANCAS QUEZADA	45.477.810	MADRE
ERICK DIONISIO SIMANCA SOLER	78.688.280	PADRE
ERICK FERNANDO SIMANCA SIMANCAS	1.047.472.638	HERMANO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122 INCISO 3° DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995 **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron: 41.400.000

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	3.450.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	3.500.000
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 6.950.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	71770816518	PLANETA RICA - CORDOBA	$ 5.000.000
BANCOLOMBIA	AHORRO A LA MANO	3148761194	VIRTUAL	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1047501825
NOMBRES	IVAN DARIO
APELLIDOS	SIMANCA SIMANCAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	MONTERIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS	CONTRIBUTIVO	01/12/2022	30/03/2025	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/04/2025 23:18:27	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta pagina es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la

porvenir

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

En su condición de administradora de:

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT. 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.047.501.825, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 8 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 - 9

CERTIFICA QUE

IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1.047.501 825, ha estado vinculado con las siguientes empresas:

Numero Afiliacion	Empresa	Estado	Fecha de Inicio de cobertura	Fecha de Retiro
80060474	CAMI SAS	ACTIVO	01/10/2022	

Las fechas de ingreso y retiro corresponden a las últimas novedades registradas por el empleador.

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 08 días del mes de junio de 2024

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 o en Bogotá 4235757.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1047501825
NOMBRE O RAZON SOCIAL		IVAN DARIO SIMANCAS SIMANCAS	
CIUDAD MUNICIPIO	BUENAVISTA	DEPARTAMENTO	CORDOBA
DIRECCION	CALLE 12 # 9 80	TELEFONO	8761194
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Otras actividades de atención de la salud humana
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	202507 - CONTRATO CAMU
APORTANTE ENGENERADO PAGO APORTES SALDO, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		7970239892	TIPO DE PLANILLA		I INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION ESTRDE	MES	mayo AÑO 2025	PERIODO COTIZACION SALUD	MES mayo AÑO 2025	
DIAS DE MORA		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2025-06-06	NUMERO AUTORIZACION		153739600

TOTAL APORTES A PENSION

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301 PORVENIR	1	$ 462.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 462.600	$ 0	$ 0	$ 462.600
SUBTOTALES:										**$ 462.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 462.600**

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR MATERNIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	LIQUIDACION VALOR APRES	MORA COTIZACION	MORA VALOR APRES	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS012	EPS012 NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 377.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.000	$ 0	$ 0	$ 377.000
SUBTOTALES:													**$ 377.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 377.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
1423	1423 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 73.500	$ 73.500	$ 0	$ 0	$ 73.500
SUBTOTALES:									**$ 73.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 73.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | | |

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

SEGURIDAD SOCIAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1047501825
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUENAVISTA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 12 # 9 80	TELÉFONO:	8781184
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	202410 - CONTRATO CAMU SAHAGUN
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7977476301	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	junio	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/07/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1613513139

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 258.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 288.700	$ 200	$ 288.900
SUBTOTALES:										**$ 288.700**	**$ 200**	**$ 288.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.500	$ 0	$ 200	$ 0	$ 225.500	$ 200	$ 0	$ 225.700
SUBTOTALES:													**$ 225.500**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 225.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 44.000	$ 44.000	$ 100	$ 0	$ 44.100
SUBTOTALES:									**$ 44.000**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 44.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	PENSIONADO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1047501825	SIMANCA SIMANCAS IVAN DARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.804.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.804.000	$ 258.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.700	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.804.000	$ 225.500	$ 0	$ 225.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.804.000	104750182	$ 44.000																				

TOTAL PAGADO: $ 558.700

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1047501625
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			IVAN DARIO SIMANCAS SIMANCAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUENAVISTA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 12 # 9 80	TELÉFONO:	8761194
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	202407 - CONTRATO CAMU
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7970239892			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	mayo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/06			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1635730603

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 482.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 482.600	$ 0	$ 482.600
SUBTOTALES:										**$ 482.600**	**$ 0**	**$ 482.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 377.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.000	$ 0	$ 0	$ 377.000
SUBTOTALES:													**$ 377.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 377.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 73.500	$ 73.500	$ 0	$ 0	$ 73.500
SUBTOTALES:									**$ 73.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 73.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																PENSIÓN							SEGURIDAD SOCIAL		SALUD					ARP				PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN	EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)	INC	INET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1047501625	SIMANCAS SIMANCAS IVAN DARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 3.016.000				NO																230301-PORVENIR	30	$ 3.016.000	$ 482.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 482.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 3.016.000	$ 377.000	$ 0	$ 377.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.016.000	$ 104750182	$ 73.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 933.100

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1047501825
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			IVAN DARIO SIMANCA SIMANCAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUENAVISTA	DEPARTAMENTO	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 12 # 9 80	TELEFONO:	8751194
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	202410 - CONTRATO CAMU SAHAGUN
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7978419679	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	julio	AÑO 2025
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/08/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1871138175

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 482.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 482.600	$ 0	$ 482.600
SUBTOTALES:										**$ 482.600**	**$ 0**	**$ 482.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 377.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.000	$ 0	$ 0	$ 377.000
SUBTOTALES:													**$ 377.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 377.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 73.500	$ 73.500	$ 0	$ 0	$ 73.500
SUBTOTALES:									**$ 73.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 73.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																											PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP											CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	CON	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	RPF	ADMIN	DIAS COT	IBC	FSP COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1047501825	SIMANCA SIMANCAS IVAN DARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.894.000			NO								01-30										230301-PORVENIR	30	$ 3.016.000	$ 482.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 482.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 3.016.000	$ 377.000	$ 0	$ 377.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.016.000	$ 104760182	$ 73.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 933.100

Planilla Pagada

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

COPIA DE CONTRATO Y/O HOJA DE VIDA DE ENFERMERA PROFESIONAL

NO. ORDEN	OC-CSRS-054-2025
ORDENADOR DEL GASTO	E.S.E CAMU SAN RAFAEL
BENEFICIARIO DE LA ORDEN	MARIA FERNANDA HERNADEZ JIMENEZ, IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 1069465082
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO: ENFERMERA PROFESIONAL PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGUN QUE NACEN DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. SS-007-2025 CON LA GOBERACION DE CORDOBA
VALOR	VEINTIDÓS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($22.550.000.00)
PLAZO	DE 19/05/2025 A 19/10/2025
TIEMPO	150 DIAS MAXIMO
CDP	1010 -2025
DIRECCION DEL CONTRATISTA	KRA 8A W 8-33 VALLEJO MONTERIA
CORREO	MARIAFER_1230@HOTMAIL.COM
TELEFONO O MOVIL	3003669190
SUPERVISOR	MARIA CAMILA NADER BULA

Entre los suscritos a saber **E.S.E. CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN**, entidad identificada con NIT 812.001.579-2, representada legalmente en esta orden por el señor **GHASSAN NADER NAME**, persona mayor de edad, residente en el municipio de Sahagún, departamento de Córdoba, identificado con la cédula de ciudadanía No. 78.759.288 expedida en Sahagún (Córdoba), obrando en su calidad de gerente y por ende Representante Legal conforme al decreto 0175 del 25 21 de marzo de 2.024, "Por medio del cual se realiza nombramiento de Gerente del CAMU SAN RAFAEL periodo 2024-2028" y acta de posesión número 16 de fecha 01 de abril de 2.024 , en ejercicio de sus funciones legales y de conformidad con la del 01 de agosto de 2.024, por medio de la cual se aprueba el Estatuto de Contratación de la Empresa Social Del Estado CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN, y quien para efectos de la presente orden se denominará LA EMPRESA, por una parte y por la otra MARIA FERNANDA HERNADEZ JIMENEZ, IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 1069465082, quien en adelante se denominará **EL BENEFICIARIO DE LA ORDEN** hemos convenido celebrar la presente orden de gasto, previas las siguientes:

CONSIDERACIONES

Que esta orden se justifica en el articulo 209 de la Constitución Política y en la A-007 del 01 de agosto de 2.024, por medio de la cual se aprueba el Estatuto de Contratación de la Empresa Social Del Estado CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN; establece las disposiciones jurídicas y procedimientos que rigen la contratación al interior de la E.S.E, por lo que la orden de servicio que celebre la EMPRESA, están sometidos a dicho Manual. Lo anterior, en concordancia con el artículo 195 de la Ley 100 de 1993.

Que el estatuto de contratación A-007 de 01 de agosto de 2024 en su TITULO IV CUANTIA DE LOS CONTRATOS, MODALIDADES Y MEACNISMOS DE SELECCIÓN; en su artículo 26,

parágrafo único; termina que: los de mínima cuantía podrán contratar a través de órdenes de prestación de servicios, obra, mantenimiento, suministro (o equivalentes) según objeto a contratar.

Así mismo en el artículo: 31.6 estudios previos y en su parágrafo único, decreta que: estos estudios previos no son obligatorios para aquellas órdenes de compra, de suministro, de obra o de prestación de servicios.

Entendiendo lo anterior no se realizará estudios previos y por ende no es necesario el trámite exigente de los contratos con el estudio respectivo.

En el ARTÍCULO 46.- de la A-007 de 2024. Reza: TIPOS DE CONTRATACIÓN: Las modalidades de contratación que celebre la E.S.E. CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN, son de los siguientes tipos: contratos con formalidades plenas, órdenes de prestación de servicios y órdenes de compra.

1. Contrato con formalidades plenas: Es el tipo de contrato que por regla general celebra la E.S.E., en cualquiera de las clases señaladas en el Capítulo III del título Primero del presente estatuto, y por cualquiera de las modalidades de selección señaladas en el Capítulo IV del Título Primero del presente estatuto. Con este tipo de contrato se deben observar todas las formalidades señaladas en el presente estatuto y en el manual de contratación en cada una de sus etapas.

2. Órdenes de Prestación de servicios, suministro y obra: Este tipo de contratación puede aplicarse para aquellos cuyo valor no excedan los veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes, cuando la calidad o naturaleza del bien o servicio a contratar no revista mayor complejidad, no requerirán estudios previos y se harán con un mínimo de formalidades: identificación de las partes, justificación, objeto, valor, fecha, plazo, forma de pago, Certificado de disponibilidad presupuestal y garantías si se requieren, indicación del supervisor e imputación presupuestal. No será obligatoria la suscripción de un acta de inicio, salvo cuando la ejecución inicie en fecha diferente a la de la suscripción.

3. Órdenes de Compra: No será necesaria la suscripción de un contrato y podrá celebrarse una orden de compra para la adquisición de bienes cuya cuantía sea inferior a veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Estas órdenes de comprar no requerirán estudios previos, bastará la justificación de la contratación, identificación de las partes, RUT del proveedor, el objeto, la relación de los bienes a comprar, valor unitario, IVA, fecha, Certificado de disponibilidad presupuestal.

Que el salario mínimo del año 2025 corresponde a: un millón cuatrocientos veintitrés mil quinientos pesos ($ 1.423.500.00), que al multiplicarlo por veinte (20) estará dando la suma de: veintiocho millones cuatrocientos setenta mil pesos ($28.470.000.00), que el valor contratado en esta orden no supera el tope establecido para realizar una orden de servicios.

Este documento no necesitara acta de inicio, solo bastara con la firma de las partes y su RP para iniciar la actividad contratada.

El departamento de Córdoba y la ESE CAMU SAN RAFAEL suscribieron un contrato interadministrativo No. SS-007-2025, cuyo objeto es: PRESTACION DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGUN Y CHINU.

Que la misión de E.S.E. CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN es una institución prestadora de servicios de salud pública y que la orden a celebrarse se relaciona con esta misión.
Que los contenidos del PIC, los recursos para su ejecución, la cobertura de estas y los criterios para el respectivo monitoreo y evaluación, se definirán de acuerdo con:

✓ Necesidades - problemáticas en salud de ET de acuerdo con el ASIS, SIVIGILA, PASE (tensiones
- diagnóstico participativo).
- Resultados en salud priorizados por ET en PTS y RPMS.
- Estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud.
- Competencias y responsabilidades normatividad vigente.
- Anexo Técnico de la Resolución 3280 de 20184.

De acuerdo con los lineamientos para la organización y operación de los equipos básicos en salud (EBS), definidos en la Resolución 295 de 2023, se entiende como Equipo de Salud Territorial (EST), aquella "estructura funcional y operativa básica en capacidad de ejecutar intervenciones colectivas e individuales en un territorio, conformado por un (1) médico, una (1) enfermera(o), cuatro (4) auxiliares de enfermería, un (1) líder comunitario / promotor y un (1) profesional de la salud o de área social según necesidad en salud pública y oferta del talento humano en la zona".

Este tipo de equipo tiene cobertura municipal y se financian con cargo a los recursos del SGP, subcuenta de salud colectiva y pueden articularse con los recursos del sistema de salud destinados a las actividades.

Que el departamento de Córdoba en sus estudios previos presento unos equipos básicos relacionados así: Equipo de Salud Territorial (EST)- Micro territorio Urbano

DESCRIPCION	Tiempo ejecución contrato	PROFESIONALES	Cantidad
Equipo de Salud Territorial (EST)- Micro territorio Rural	5	Médico General. Con experiencia profesio mínima de un (1) Año, inscrito en RETHUS	1
	5	Profesional de Enfermería. Con experien profesional mínima de un (1) Año, inscrito RETHUS.	1
	5	Psicólogo. Con experiencia profesio mínima de un (1) Año, inscrito en RETHUS	1
	5	Auxiliares de enfermería. Con experien profesional mínima de un (1) Año, inscrito RETHUS.	4

De Conformidad con el clasificador de bienes y servicios de Naciones Unidas, versión 14 del UNSPSC, consultado en la página web. www.colombiacompra.gov.co/clasificacion, el objeto a contratar se encuentra codificado así:

GRUPO	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(10) Servicios Integrales de salud	(15) Centros de salud
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(10) Servicios Integrales de salud	(17) Servicios de
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(11) — Prevención y	(15) — Prevención y control de
(F) Servicios	(85) Servicios de	(11) — Prevención y control de enfermedades.	(16) — Prevención y control de enfermedades
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(12) — Práctica médica.	(15) — Servicios de prestadores de cuidado primario.
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(12) — Práctica médica.	(22) — Servicios de valoración del estado de salud individual

La empresa considera conveniente realizar prestación de servicios como: ENFERMERA PROFESIONAL para las actividades relacionadas al contrato de prestación de servicios de salud **SS-007-2025 PIC ENTRE LA GOBERNACION DE CORDOBAY LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN**.

Efectuar esta clase de prestación es oportuno, sabiendo que la E.S.E CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN cuenta con la correspondiente disponibilidad presupuestal para esta serie de prioridades. Así mismo, la entidad cuenta con un plazo estipulado en el Contrato Interadministrativo **# SS-007-2025 PIC ENTRE LA GOBERNACION DE CORDOBAY LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN**.

Que existe la necesidad de contratar unos equipos básicos relacionados así: Equipo de Salud Territorial (EST)- Micro territorio Urbano, ENFERMERA PROFESIONAL, con una experiencia mínima de un (1) año inscrito en RETHUS.

La entidad se comunicó con: MARIA FERNANDA HERNADEZ JIMENEZ, IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 1069465082 y este la entrego los documentos pertinentes y exigidos (HV), la cual llena las expectativas de la ESE.

Una vez revisada la hoja de vida del prestador y verificado cada uno de su contenido se determina que la idoneidad para las funciones a desempeñar es apta y por tal motivo se procede a realizar la orden de servicio.

Que LA EMPRESA consultó las plataformas correspondientes para verificar los antecedentes del Beneficiario de la orden de acuerdo con el certificado que forma parte del presente acto.

Que con la entrega a la E.S.E de los documentos generales solicitados, se entiende manifestada la voluntad de MARIA FERNANDA HERNADEZ JIMENEZ, IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 1069465082, de ejecutar el objeto de la presente orden de servicios en los términos y condiciones indicadas en la invitación remitida a éste.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones el Gerente de la **E.S.E CAMU SAN RAFAEL** procede a realizar una orden de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes condiciones:

PRIMERA –OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO: ENFERMERA PROFESIONAL PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGUN QUE NACEN DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. SS-007-2025 CON LA GOBERACION DE CORDOBA

SEGUNDA – VALOR: El valor total de esta orden, es por la suma de **VEINTIDÓS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($22.550.000.00) INCLUYE IVA.**, valor que incluye el precio básico (costos directos e indirectos).

TERCERA - FORMA DE PAGO: **LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL– CÓRDOBA** pagará al beneficiario de la orden el valor de ésta de la siguiente manera:

Se harán cinco pagos mensualizados por valor de: CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS ($ 4.510.000.00).

PARAGRAFO: PAGO POR PORCENTAJE DE ACTIVIDADES: si el firmante de la presente orden presenta cuentas de cobro por porcentaje de cumplimiento de las obligaciones, estas se pueden pagar una vez certifique el supervisor de la presente prestación de servicios.

PARÁGRAFO PRIMERO: El pago será efectivo, previo recibido a satisfacción los servicios prestados de la presente orden. **LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL** no reconocerá, por consiguiente, ningún reajuste realizado por el **BENEFICIARIO DE LA ORDEN,** en relación con los costos, gastos o actividades adicionales que aquel requería para la ejecución de la presente orden y que fueron previsibles al momento de la presentación de la propuesta.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El pago se tramitará dentro de los cinco (05) días siguientes a la presentación de la correspondiente cuenta de cobro, factura y/o documento equivalente, y su pago efectivo estará sujeto a la disponibilidad de recursos de la E.S.E de acuerdo con su plan de Caja.

CUARTA PLAZO: El plazo para la ejecución de la orden es 150 días, contados a partir de la fecha de la firma de la orden.

QUINTA – OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO DE LA ORDEN: Para el desarrollo del objeto, el beneficiario de la orden debe cumplir las siguientes obligaciones:

DESCRIPCION	Territorio	Perfil	JORNADAS	N° de personas a intervenidas por jornada

Proceso de formación a 20 adolescentes y jóvenes multiplicadores en asociación con organizaciones de base comunitaria donde participen estos grupos poblacionales (organizaciones de base comunitaria, plataforma municipal de juventudes, grupos artísticos u otras) que permita a los jóvenes la garantia y disfrute de los derechos sexuales y derechos reproductivos. El proceso consta de cinco talleres educativos con las siguientes temáticas por taller: - Promoción de una sexualidad responsable - Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) - Etrategias para prevenir el embarazo en adolescentes - Métodos modernos de planificación familiar y la forma de	URBANO	Enfermera - médico	1	20

acceder a estos - Sensibilización sobre la prevención de la violencia de género y la violencia sexual, y las opciones de apoyo disponibles para los jóvenes en situaciones de vulnerabilidad e IVE. la actividad debe incluir espacios para la elaboración de preguntas anónimas por parte de los jóvenes. Este insumo será utilizado para la realización de talleres con padres de familia para que conozcan las inquietudes más comunes de los jovenes en materia de salud sexual y salud reproductiva. Se debe entregar a los jóvenes beneficiados de la actividad, un certificado como multiplicadores en derechos sexuales y derechos reproductivos				

Taller de educación en salud sexual y salud reproductiva dirigido a niños y niñas de grado tercero, cuarto y quinto de primaria de la institución educativa del microterritorio para que puedan estar en capacidad de identificar las diferencias de sexo, adquirir información adecuada sobre la anatomía de los órganos genitales y sus funciones, fomentar actitudes positivas frente al cuerpo y la genitalidad y promover el autocuidado de la salud sexual y prevenir las violencias sexuales y violencias de género.	URBANO	Enfermera - médico	3	15

Capacitación a padres de familia y líderes comunitarios para abordar temas de salud sexual en la cual se aboradarán las preguntas anónimas que han formulado los adolescentes y jóvenes en el proceso de formación (mínimo 20 personas)	URBANO	Enfermera - médico	2	20

Jornadas de tamizaje para ITS (VIH y sífilis), con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad por parte de personal certificado en POCT a excepción de los profesionales en bacteriología. Se debe garantizar la asesoría pre y post prueba y la entrega de cinco (05) preservativos a las personas que accedan a las pruebas. se debe garantizar la canalización efectiva de los usuarios con resultados resctivos a la IPS primaria para captación de los casos resguardando la confidencialidad. Mínimo 30 personas	URBANO	Enfermera - médico o Bacteriólogo	2	30

Capacitación en AIEPI comunitario a madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales, la cual se desarrollará en cuatro talleres de dos horas de duración cada uno donde se socialicen las 18 prácticas clave según su agrupación: - Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño y la niña - Para prevenir las enfermedades - Para los cuidados en el hogar - Para buscar atención fuera del hogar Mínimo 20 participantes	URBANO	Enfermera	2	20

Jornadas de capacitación consistente en cuatro talleres de 2 horas de duración dirigidas a las gestantes y madres lactantes para capacitarlas sobre Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad o más. Durante el taller se verificarán los siguientes aspectos: 1. Beneficios de la lactancia materna (para la madre, el niño, la familia y la comunidad) 2. Observación de la mamada para identificar postura de la madre y el lactante, Signos de transferencia eficaz de la leche; Durante esta actividad se debe aplicar la fihca de evaluación de la técnica de lactancia 3. Extracción y conservación de la leche materna. 4. Dificultades	URBANO	Enfermero	2	20

relacionadas con la lactancia materna y dónde consultar y buscar apoyo cuando hay dificultades para la lactancia. (se debe informar la ruta para acceder a la consulta de lactancia materna de la que adispone la E.S.E. municipal) Las asistentes a esta actividad deben ser las mismas y como mínimo participarán 20 y se presentarán videos de sensibilización y se entregarán calendarios que contengan los beneficios de la lactancia en cada mes. (en los municipios que cuenten con red de apoyo de la estrategia IAMII se debe extender la invitación a la capacitación)				

Organizar en al microterritorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, previo a esto se debe dar una charla sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuasrio a las ESE del municipio para su atención.	URBANO	Enfermero y auxiliar de enfermería.	5	20

Desarrollar un (01) taller mensual de salud con metodologia participativa y dinámica que incluya información teórica, demostraciones prácticas y espacios de preguntas y respuestas, sobre la importancia del autoexamen de mamas y el conocimeinto de los signos y sintomas del cáncer de cuello uterino, promoviendo hábitaos de autocuidado y prevención.	URBANO	Enfermero	5	20 mujeres

Brindar (2) dos talleres de sensibilización sobre los Signos y Síntomas del Cáncer Infantil dirigido a Padres y Cuidadores sobre las herramientas necesarias para identificar a tiempo los signos y síntomas comunes del cáncer infantil, promoviendo una detección temprana que favorezca un diagnóstico oportuno y un tratamiento efectivo.	URBANO	Enfermero	2	20 padres

Jornadas de educación, sensibilización y promoción en la salud dirigido a los entornos educativos incluyendo las siguientes: Medidas para el control de la calidad del aire, agua y ruido de acuerdo a cada municipio. Riesgos sanitarios por contaminación ambiental (agua, aire, etc.) y medidas para prevenirlos o mitigarlos. Efectos en la salud por calidad de aire, agua y ruido, tener en cuenta los identificados por la OPS y OMS. Elaboracion de infografia acerca de los impactos por la calidad aire, agua y ruido.	URBANO	enfermero, psicologo	5	20

Jornadas de educación, sensibilización y promoción en la salud dirigido a los entornos educativos incluyendo las siguientes: Estrategias de prevención y mitigación de emergencias y desastres en poblaciones priorizadas en cada territorio sea por sequia o por inundaciones. Medidas de adaptación frente a eventos relacionados con variabilidad y cambio climático y protección de los efectos nocivos en la salud del cambio climático de acuerdo a cada uno de los territorios, tener el cuenta LOS EFECTOS POR CAMBIO CLIMATICO SOBRE LA SALUD HUMANA identificados por la OPS y OMS , cambios directos e indirectos. Elaboracion de infografia acerca de los impactos por el cambio climatico.	URBANO	enfermero, psicologo	5	20

SEXTA – SUPERVISIÓN DE LA ORDEN: De conformidad con la A-007 del 01 de agosto de 2.024, por medio de la cual se aprueba el estatuto de Contratación de la Empresa Social Del Estado CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN, con el fin de ejercer la supervisión y el control de

la presente orden, el cabal cumplimiento de las obligaciones del beneficiario de la orden y la vigilancia de la correcta ejecución técnica, administrativa y financiera del mismo, la supervisión de la orden será ejercida por parte de LA EMPRESA a través del funcionario que para tales efectos designe el Gerente de la E.S.E o quien haga sus veces, quien velará por los intereses del mismo y le corresponderán las siguientes funciones:

a) Velar por que se cumpla correctamente el objeto de la orden.
b) Supervisar el cumplimiento de las obligaciones de este y el correcto manejo de los recursos.
c) Conocer los informes de ejecución de la orden y formular sus observaciones oportunamente cuando sea el caso, así como estudiar las consultas y peticiones que efectúe el beneficiario de la orden.
d.) Emitir concepto por escrito y en forma oportuna sobre las solicitudes de adiciones o prórrogas que presente el beneficiario de la orden
e.) Requerir al beneficiario de la orden cuando prevea que no avanza en las actividades necesarias para cumplir con los plazos estipulados en el cronograma de actividades presentado (Si a ello hubiere lugar).
f) Proyectar el acta de liquidación de la orden.

SÉPTIMA – IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL El compromiso de la presente orden será asumido por **LA EMPRESA** con cargo al(los) certificado(s) de disponibilidad Presupuestal **CDP No**. 1010 **de 2.025**, expedido por el jefe de Presupuesto de LA E.S.E.

Para constancia se firma en el Municipio de Sahagún, a los 19 días del mes de mayo de 2.025.

Por parte de la **E.S.E CAMU SAN RAFAEL,** ordenador del gasto,

GHASSAN NADER NAME
GERENTE E.S.E CAMU SAN RAFAEL
ORDENADOR DEL GASTO

Manifestando su voluntad de aceptar el objeto, obligaciones y condiciones generales derivadas de la presente orden.

MARIA FERNANDA HERNADEZ JIMENEZ
CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 1069465082

MARIA CAMILA NADER BULA
SUPERVISOR

Los abajo aquí firmantes declaramos que el documento cuenta con los requisitos esenciales para la orden o contrato.

	NOMBRE	EN CALIDAD DE	FIRMA	FECHA
REALIZO	ANDRES CABRALES MARTINEZ	CONTRATISTA		19/05/2025
REVISO	MARA CRITINA LEYVA SANCHEZ	JEFE DE OFICINA JURIDICA		19/05/2025

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Hernandez	Jimenez	Maria Fernanda

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1069465082

SEXO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 09 MES 10 AÑO 1985

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CÓRDOBA

MUNICIPIO: SAHAGÚN

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: CARRERA 8A W 18 33 Vallejo

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CÓRDOBA

MUNICIPIO: MONTERÍA

TELÉFONO: 3003669190 EMAIL: mariafer_1230@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

FS (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	05	2014	7649

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GOBERNACION DE CORDOBA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	MONTERÍA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
47848940	Día	16	Mes	10	Año	2024	Día	30	Mes	12	Año	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA CONTRATISTA	SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD	calle 27 #3-2

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION PARA LA SALUD Y TECNOLOGIA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	MONTERÍA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	28	Mes	06	Año	2023	Día	28	Mes	11	Año	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
1958 1 2010 ENFERMERA	ACCIONES EN SALUD PUBLICA	CALLE 23 3 26 CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	MONTERÍA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
7838050	Día	13	Mes	02	Año	2023	Día	15	Mes	12	Año	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
287 INSTRUCTORA	AREA DE EDUCACION TECNICA	CALLE 24 14 3 calle 24 y 27 con Av. circunvalar

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA DE MONTERIA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	MONTERÍA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
7918402	Día	05	Mes	10	Año	2022	Día	30	Mes	12	Año	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD	CALLE 27 3 16

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD Fundacion Casalud			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7826217	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	01	*Mes*	02	*Año* 2022	*Dia*	18	*Mes*	04	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 290 DOCENTE	*DEPENDENCIA* AREA DE EDUCACION TECNICA					*DIRECCIÓN* CALLE 31 7 1					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MONTERIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CORDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7918402	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	26	*Mes*	01	*Año* 2022	*Dia*	26	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 27 3 16					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MONTERIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7918402	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	14	*Mes*	05	*Año* 2021	*Dia*	29	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 27N 3 16					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SAMPUES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SAMPUÉS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2838189	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	19	*Mes*	10	*Año* 2020	*Dia*	07	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* - CALLE 21 #9					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUSATEC			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* SAHAGÚN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3006533541	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	17	*Mes*	09	*Año* 2020	*Dia*	17	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 23N 3 23 Ofic 01. Centro					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SAMPUES			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SAMPUÉS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2838189	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	23	*Mes*	06	*Año*	2020	*Dia*	31	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* RECURSOS HUMANOS						*DIRECCIÓN* - CALLE 21 N # 24 37 B MILLAN					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SAMPUES			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SAMPUÉS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2838189	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	02	*Mes*	10	*Año*	2019	*Dia*	20	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* - CALLE 21 N # 24 37 B MILLAN					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EFECTIVA S.A.S			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7823688	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	01	*Mes*	05	*Año*	2018	*Dia*	30	*Mes*	08	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO PYP	*DEPENDENCIA* RECURSOS HUMANOS						*DIRECCIÓN* CALLE 25N 5 33 LOCAL 102					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MONTERIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7816606	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	24	*Mes*	05	*Año*	2016	*Dia*	08	*Mes*	08	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* COORDINACION GENERAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 4N 60 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MONTERIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7816606	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	01	*Mes*	08	*Año*	2015	*Dia*	23	*Mes*	05	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA EPIDEMIOLOGIA	*DEPENDENCIA* DIRECCION MEDICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 4N 60 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MONTERIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7816606	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	08	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA COORDINADORA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 4N 60 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INICA MONTERIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7816606	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	05	*Año* 2014	*Día*	14	*Mes*	08	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 4N 60 35						

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:*		*Año:*		
REA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

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	4	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	9
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

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.

_____ _____

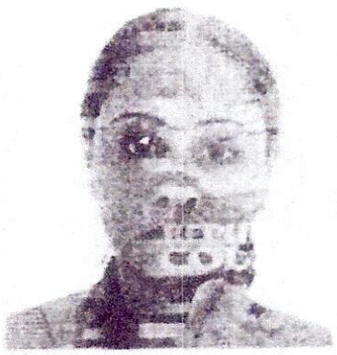
Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.069.465.082

APELLIDOS
HERNANDEZ JIMENEZ

NOMBRES
MARIA FERNANDA

FIRMA
M^a Fda Hernandez





FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-1985
SAHAGUN
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-JUN-2004 SAHAGUN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

06105

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ
C.C. 1.069.465.082
UNIV DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM - UNISINU
Monteria
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2014-05-08
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-02-01



7649

Crear4D.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

Mª Fda Hernández

FIRMA DEL PROFESIONAL

La República de Colombia
Departamento de Córdoba

El Colegio "María Auxiliadora"

Sahagún - Córdoba

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,
según Resolución No. 742 de Febrero 17 de 1986.

Confiere a:

María Fernanda Hernández Jiménez

Identificado (a) con T.I. No. 851009-64936 de Sahagún - Córdoba

El Título de:

Bachiller Académico

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

Hna. Sara Inés Mano O. — Directora

Adriana Patricia Reina

COLEGIO MARÍA AUXILIADORA
Sahagún – Córdoba

Aprobado por resolución No. 742 de febrero 17 de 1986 para Bachillerato hasta nueva visita
y 001519 del 14 de noviembre de 1991 para Básica Primaria

ACTA DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Sahagún, a los 30 días del mes de Diciembre del año 2.002 se reunieron, con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos de último grado, las Suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del ***COLEGIO MARÍA AUXILIADORA*** Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica según Resolución No. 742 de Febrero 17 de 1986.

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*** al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

MARÍA FERNANDA HERNÁNDEZ JIMÉNEZ identificada con T.I.#851009-64738 expedida en Sahagún – Córdoba.

Para constancia se firma en Sahagún, a los 30 días del mes de noviembre del 2.002.

Aura Inés Llano Ochoa
HNA. AURA INÉS LLANO OCHOA
Rectora
C.C.# 43.794.847 de Marinilla

COLEGIO MARIA AUXILIADORA Rectora SAHAGUN-CORDOBA

Diana Patricia Regino
DIANA PATRICIA REGINO
Secretaria
CC#30.569.832 de Sahagún

REPUBLICA DE COLOMBIA

08263

UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

María Fernanda Hernández Jiménez

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.069.465.082 de Sahagún , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

Enfermera

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE Montería
A LOS 08 DIAS DEL MES DE Mayo DE LAÑO 2014

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL

LIBRO 4 FOLIO 43

UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Fundada en 1974

Facultad de
Ciencias de la Salud

ACTA DE GRADO NUMERO 0606-001E

Resolución No.01530 de Abril 28 de 2014

CONSIDERANDO QUE

María Fernanda Hernández Jiménez

C. C. No. 1.069.465.082 expedida en Sahagún

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los acuerdos y reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Enfermera

En nombre y representación de la Universidad del Sinú -Elías Bechara Zainúm- y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Rector hizo entrega del Diploma No. 08203 registrado en el folio 18 del libro 4

En el testimonio de lo anterior se firma la presente acta de grado en la ciudad de Montería, a los ocho (8) días del mes de Mayo de 2014..

Rectora

Secretario General

Decano

No. 0012850

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1069465082	MARIA	FERNANDA	HERNANDEZ	MELO	Vigente	Ver

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio según Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2017-02-01	1069465082	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA FINAL DE EJECUCIÓN

Del 16 de diciembre hasta el 30 de diciembre de 2024

CONTRATO:	Prestación de Servicios No. DTH-1144-2024 del 16 de octubre de 2024.
CONTRATANTE:	Departamento de Córdoba - Secretaría de Desarrollo de la Salud.
CONTRATISTA:	**MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.
VALOR DEL CONTRATO:	ONCE MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE. ($11.163.655)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	DOS (02) MESES Y QUINCE (15) DIAS
FECHA ACTA DE INICIO:	16 de octubre de 2024.
PERIODO DE EJECUCIÓN CORRESPONDIENTE A LA PRESENTE ACTA:	Del 16 de diciembre hasta el 30 de diciembre de 2024
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	No. 455 del 28 de agosto de 2024
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 5225 del 16 de octubre de 2024
FORMA DE PAGO PLANTEADA EN EL CONTRATO:	El valor del contrato a suscribir se pagará de la siguiente manera: **DOS (02) MENSUALIDADES VENCIDAS CADA UNA POR LA SUMA DE CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($4.465.462)** y un pago final por valor de **DOS MILLONES DOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE. ($2.232.731)**, para lo cual se requiere la presentación de la cuenta de cobro acompañada del informe de actividades y certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, pago de las cotizaciones al sistema general de seguridad social en salud, Pensiones y riesgos laborales del mes correspondiente.
VALOR A PAGAR:	$2.232.731 Correspondientes al Pago **Final**

En Montería, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2024, se reunieron LINA PATRICIA HERNANDEZ BARROS, en calidad de Supervisora del Contrato y MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ, identificada con cédula de ciudadanía número 1.069.465.082 de Sahagún, Córdoba, en calidad de Contratista; con el propósito de verificar y certificar el cumplimiento satisfactorio **final** del Objeto del Contrato. Por lo que, una vez revisada y verificada la real ejecución de las actividades relacionadas en el Informe presentado por la Contratista, se certifica que efectivamente la contratista cumplió con todas y cada una de las obligaciones impartidas y por lo tanto es procedente el pago correspondiente a la presente acta **final**.

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

VALOR DEL CONTRATO	$11.163.655
ADICIONES	-0-
VALOR TOTAL	$11.163.655

DATOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO

FORMA DE PAGO CONTEMPLADA EN EL CONTRATO

El valor del contrato a suscribir se pagará de la siguiente manera: **DOS (02) MENSUALIDADES VENCIDAS CADA UNA POR LA SUMA DE CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($4.465.462)** y un pago final por valor de **DOS MILLONES DOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE. ($2.232.731)**, para lo cual se requiere la presentación de la cuenta de cobro acompañada del informe de actividades y certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, pago de las cotizaciones al sistema general de seguridad social en salud, Pensiones y riesgos laborales del mes correspondiente. El plazo de ejecución del contrato será DOS (02) MESES y QUINCE (15) días contados a partir de la fecha de inicio del contrato en SECOP.

PAGOS:

RELACIÓN DE PAGOS REALIZADOS POR CONCEPTO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Acta de Ejecución No.	Fecha	Orden Pago No.	Comp. Egreso No.	Vr. Bruto a Pagar	Desc. Realizados	Valor Neto recibido	Saldos Por Pagar
Pago 1	En tramite			$4.465.462		En tramite	$ 11.163.655
Pago 2	En tramite			$4.465.462		En tramite	$ 11.163.655
PAGO FINAL	En tramite			$ 2.232.731			$ 11.163.655

TOTAL PAGADO HASTA LA FECHA	$ 0
TOTAL VALOR DEL CONTRATO	$ 11.163.655
TOTAL SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$ 0
VALOR CORRESPONDIENTE A LA PRESENTE ACTA	$ 2.232.731
VALOR EN TRAMITE DE PAGO (PRIMER Y SEGUNDO PAGO)	$ 8.930.924

En constancia se firma a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2024.

LINA PATRICIA HERNANDEZ BARROS
Supervisora

MARIA FERNANDA HERNANDEZ
Contratista

FUSATEC

La Suscrita Representante Legal de la
FUNDACIÓN PARA LA SALUD Y TECNOLOGIA – FUSATEC
NIT. N° 900410753-1

CERTIFICA QUE

La (el) Señor (ra) **MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ** identificada (o) con cedula de ciudadanía CC N° 1.069.465.082, laboró como enfermera a través de orden de presentación de servicios durante la ejecución del contrato N° C.D-600-2023 para el fortalecimiento en los procesos de gestión en las acciones en salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria en el Municipio de Ciénaga de Oro – Córdoba vigencia 2023, suscrito entre la Fundación Fusatec y la Alcaldía de Ciénaga de Oro, durante un tiempo de ejecución de cinco (05) meses, entre el mes de 28 de junio y 28 de noviembre de 2023, realizando las siguiente actividade:

1. Apoyar las acciones de vigilancia epidemiológica de eventos notificados al SIVIGILA específicamente de los eventos Trasmisibles y No Transmisibles, y otros eventos relacionados y solicitados por la DLS.

    a. Verificación de la calidad del dato de los eventos notificados al SIVIGILA.
    b. Gestión de los indicadores relacionados con los eventos a cargo.
    c. Elaboración de Comité de vigilancia epidemiológico y Comité de Vigilancia Epidemiológico Comunitario relacionados al evento.
    d. Realizar BAI a través de la herramienta SIANEPS (de las IPS publica).
    e. Investigación de campo de los eventos que aplique según protocolo y que se presenten en el tiempo de ejecución del proyecto.
    f. Realizar unidad de análisis de los eventos a su cargo.
    g. Realizar asistencias técnicas para la evaluación de la adherencia de los protocolos y guías de los eventos, en la red prestadora de servicios de salud pública y privada.
    h. Realizar mesas de trabajo con las EAPB del territorio para la gestión de los eventos a cargo.
    i. Proyección de informe epidemiológico y boletín epidemiológico de los eventos a cargo
    j. Desarrollar BAC de los eventos a cargo. Desarrollar una visita de verificación de la adherencia a la ruta de atención de los eventos a cargo a IPS y EAPB.
    k. Elaboración de lista de chequeo para la evaluar adherencia de los protocolos y guías de los eventos.
    l. Apoyar en los demás eventos se relacionen con los eventos a cargo.
    m. Las demás actividades derivadas del objeto del contrato.

En constancia se firma a los quince (15) días del diciembre del año 2023.

Carmen Rosa Montes Cuello
El contratante
C.C. 50.905.038

Certificación No. 526-2023

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SENA

EL SUSCRITO SUBDIRECTOR DEL CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA DEL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR

Que el (la) señor(a) **MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ** Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.069.465.082,** celebró con **EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**, el (los) siguiente(s) contrato(s) de prestación de servicios personales regulados por la Ley 80 de 1993 (Estatuto General de Contratación de la Administración Pública), modificada por la Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 y sus demás Decretos o normas reglamentarias, como se describe a continuación:

Número y Fecha del Contrato: CO1.PCCNTR.4545660 del 10 de febrero de 2023.

Objeto: CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO DEL SENA REGIONAL CÓRDOBA.

Fecha de Inicio de Ejecución: 13 de febrero de 2023.

Prorroga n1: 15 de diciembre de 2023 **(EL CONTRATO SE ENCUENTRA EN EJECUCIÓN)**

Término de Ejecución: 10 meses y 2 días.

Valor inicial: TREINTA Y CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE ($35.520.000)

Adición n1: UN MILLON OCHOSCIENTO CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($1.850.000)

Valor total adición incluida: TREINTA Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA MIL PESOS MCTE (37.370.000)

Obligaciones especificas del Contratista:

1. Apoyar la Planeación y ejecución la formación profesional de acuerdo con el programa de formación asignado, para el logro de los resultados de aprendizaje definidos cumplido las horas Metas Cupos Metas Aprendices de formación de las competencias de los programas de formación equivalentes a 160 horas mensuales.
2. Colaborar con la elaboración de la planeación pedagógica, guías de aprendizaje, instrumentos de evaluación, plan de trabajo, ayudas didácticas requeridos para el desarrollo de los procesos de formación asignados
3. Registrar en el aplicativo SOFIA PLUS, todas las evidencias del proceso formativo: crear las rutas de aprendizaje, asociar aprendices, realizar registro de inasistencia de aprendices, planes de mejoramiento y registrar juicios evaluativos, acorde con los lineamientos institucionales.

Certificación No. 526-2023

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SENA

4. Presentar las actas finales de cierre de etapa lectiva de las fichas asignadas como responsable, acorde con los lineamientos institucionales.
5. Apoyar el trámite de las novedades de deserción de aprendices acorde con lo establecido en el reglamento del aprendiz.
6. Asistir a los aprendices en las novedades acorde con lo establecido en el reglamento del aprendiz
7. Aportar todos los documentos soporte del proceso de formación profesional, publicados en la plataforma SIGA.
8. Participar en proyectos de investigación aplicada, técnica y pedagógica en función de la formación profesional de los programas relacionados con el área temática.
9. Subir los documentos soporte del pago en la plataforma del SECOP II en los plazos establecidos por la entidad y acorde con los requisitos legales exigidos.
10. Comunicar al Supervisor del contrato en un plazo máximo de tres (3) días hábiles anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información.
11. Comunicar al Supervisor del contrato en un plazo no inferior a quince (15) días hábiles las anomalías, inconsistencias, novedades del Contrato (Cesión -terminación)
12. Cumplir con los lineamientos del sistema de gestión de SST y los lineamientos establecidos por el gobierno nacional frente la pandemia del COVID 19.
13. Atender las solicitudes realizadas por el supervisor del contrato.
14. Gestionar la colocación de aprendices en alguna de las modalidades de etapa productiva y rendir informes periódicos de los resultados alcanzados, conforme a las instrucciones que les sean impartidas.

Se expide a solicitud del interesado(a), de acuerdo con la información registrada en los sistemas de información con los que cuenta el SENA y mediante los cuales reporta toda su información, a los 20 días del mes de diciembre de 2023.

ALFONSO MARIO CORREA NAVARRO
Subdirector (E) Centro Comercio,
Industria y Turismo de Córdoba.

Proyectó: Greyzel Polo
Cargo: Apoyo técnico Contratación CCIT

Revisó: Angelica Patricia Tribiel Ortiz
Cargo: Profesional CA Contratación CCIT

Fundación Casalud
» Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
» Centro de Atención a la Drogadicción Ambulatoria

DIRECTORA DE LA FUNDACIÓN CASALUD

CERTIFICA

*Que **MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ**, identificada con la Cédula de Ciudadanía Número 1.069.465.082 de Sahagún- Córdoba, se desempeña en la **FUNDACIÓN CASALUD** NIT: 812.007.647-2, el cargo de Docente, en el programa de Auxiliar en enfermería, en las siguientes asignaturas: fundamentos Básicos de Enfermería, Médico Quirúrgica, Materno Infantil, Pediatría, Administración de Medicamentos, los días sábados de 7:00 am a 4:00 pm, desde el día 01 de Febrero de 2022, a la fecha, prestando sus servicios y conocimientos de manera muy acertada ayudando con el crecimiento de la **FUNDACIÓN CASALUD**, por su destacada labor y manejo del cargo.*

Se expide la siguiente certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Montería a los dieciocho (18) días del mes de abril del 2023.

LEDIS BURGOS RODRIGUEZ
Directora
Fundación Casalud

Fecha: 18/abril/2023
Transcriptor: Kelys Solano
Revisó: Dra. Ledis Burgos
Ubicación: Mis Documentos/Const. Lab.

Alcaldía de Montería	**ACTA FINAL DE EJECUCION** **Secretaria de Salud y Seguridad Social**	**VERSIÓN:1** **Página 1 de 1** **2020**

ACTA FINAL DE EJECUCION
30 DICIEMBRE DE 2022

CONTRATO N°:	CD-SSM-1064-2022
CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE MONTERÍA
CONTRATISTA:	MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN LO RELACIONADO CON LA VIGILANCIA DE LA SALUD INFANTIL (IRA, EDA, DESNUTRICION EN MENORES DE 5 AÑOS Y BAJO PESO AL NACER A TERMINO), EN EL MUNICIPIO DE MONTERIA.
VALOR DEL CONTRATO:	NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MCTE ($9.805. 869.oo).
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL NUMERO:	22002339 DEL 21 DE SEPTIEMBRE DE 2022 POR **($10.382.685.00**)
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL NUMERO:	22002318 DEL 05 DE OCTUBRE DE 2022 POR **($9.805.869.00**)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	2 MESES Y 25 DIAS
FECHA ACTA DE INICIO:	05 DE OCTUBRE DE 2022
PERIODO DE EJECUCIÓN DE LA PRESENTE ACTA:	05 DE DICIEMBRE A 30 DE DICIEMBRE 2022
PERIODO TOTAL DE EJECUCIÓN	05 DE OCTUBRE DE 2022 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2022
FORMA DE PAGO	Una vez perfeccionado el contrato y cumplidos los requisitos para su ejecución, EL MUNICIPIO lo pagará así: **DOS (2) PAGOS IGUALES MENSUALES,** cada uno por valor de **TRES MILLONES CUETROCIENTOS SESENTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS MCTE ($3. 460.895 M/CTE), Y UN PAGO FINAL POR VALOR DE DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETENTA Y NUEVE PESOS MCTE ($2. 884.079)** pagos que se harán efectivos previo cumplimiento del objeto contractual. **PARAGRAFO PRIMERO:** Para efectos del pago de cada una de las Cuentas de Cobro deberán estar acompañadas de la documentación que exige la Secretaria de Hacienda Municipal como lo son: 1) Certificado de cumplimiento, acta parcial de ejecución e informe de supervisión, suscritos por el Supervisor del contrato; previo Informe de las actividades desarrolladas por el contratista; 2) Sus respectivos soportes de pago mensual al día, de los aportes al sistema integral de seguridad social (Salud, Pensión y ARL); 3) Recibo de Pago, debidamente cancelado de los impuestos o estampillas a que tenga lugar el presente contrato, si hay lugar a ello.
VALOR A PAGAR POR ESTE PERIODO:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETENTA Y NUEVE PESOS MCTE **($2. 884.079).**

En Montería a los (30) días del mes de diciembre del año 2022, se reunieron en la oficina de la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio de Montería, **YOLANDA ROJAS PALOMINO** en calidad de Supervisor del contrato y **MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ** en calidad de Contratista de la Secretaría de Salud Y Seguridad Social, estando vigente el Contrato identificado en el encabezamiento de la presente Acta, con el propósito de dejar constancia de la verificación y certificación el cumplimiento satisfactorio total del objeto del presente contrato durante el periodo comprendido entre **05 OCTUBRE DE 2022 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2022.**

Una vez revisado y verificado el informe de ejecución del periodo a cobrar, certifica que efectivamente el contratista cumplió con las obligaciones 1,2,4,5,6,9,10 Y 11 por lo tanto, es procedente el pago correspondiente a la presente acta final.

En constancia se firma por los que en ella intervinieron.

YOLANDA ROJAS PALOMINO
Secretaria de Salud y Seguridad Social
Supervisor

MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ
Contratista

ACTA FINAL DE EJECUCION
27 JULIO DE 2022

CONTRATO N°:	CD-SSM-271-2022
CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE MONTERÍA
CONTRATISTA:	MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN LO RELACIONADO CON LA VIGILANCIA DE LA SALUD INFANTIL (IRA, EDA, DESNUTRICION EN MENORES DE 5 AÑOS Y BAJO PESO AL NACER), EN EL MUNICIPIO DE MONTERIA
VALOR DEL CONTRATO:	**VEINTE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE ($20.765.370)**
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL NUMERO:	22000268 DEL 07 DE ENERO DE 2022 POR **($20.765.370)**
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL NUMERO:	22000403 DEL 26 DE ENERO DE 2022 POR **($20.765.70)**
PLAZO DE EJECUCIÓN:	6 MESES
FECHA ACTA DE INICIO:	26 DE ENERO DE 2022
PERIODO DE EJECUCIÓN DE LA PRESENTE ACTA:	26 DE JUNIO A 26 DE JULIO 2022
PERIODO TOTAL DE EJECUCIÓN	26 DE ENERO DE 2022 AL 26 DE JULIO DE 2022
FORMA DE PAGO	El valor del contrato se pagará de la siguiente manera: **SEIS (06) PAGOS IGUALES MENSUALES, POR VALOR DE TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS ($3.460.895)** **PARAGRAFO PRIMERO:** Para efectos del pago de cada una de las Cuentas de Cobro deberán estar acompañadas de la documentación que exige la Secretaria de Hacienda Municipal como lo son: **1)** Certificado de cumplimiento, acta parcial de ejecución e informe de supervisión, suscritos por el Supervisor del contrato; previo Informe de las actividades desarrolladas por el contratista; **2)** Sus respectivos soportes de pago mensual al día, de los aportes al sistema integral de seguridad social (Salud, Pensión y ARL); **3)** Recibo de Pago, debidamente cancelado de los impuestos o estampillas a que tenga lugar el presente contrato, si hay lugar a ello. **PARAGRAFO SEGUNDO:** Para efectos del pago final, el contratista se obliga a hacer entrega de los archivos y documentos a su cargo, debidamente inventariados, conforme a las normas y procedimientos que establezca el Archivo General de la Nación.
VALOR A PAGAR POR ESTE PERIODO:	TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS **($3.460.895)**

937

Alcaldía de Montería	**ACTA FINAL DE EJECUCION** **Secretaría de Salud y Seguridad Social**	**VERSIÓN:1** **Página 2 de 1** **2020**

En Montería a los (27) días del mes de Julio del año 2022, se reunieron en la oficina de la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio de Montería, **YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA** en calidad de Supervisor del contrato y **MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ** en calidad de Contratista de la Secretaría de Salud Y Seguridad Social, estando vigente el Contrato identificado en el encabezamiento de la presente Acta final, con el propósito de dejar constancia de la verificación y certificación el cumplimiento satisfactorio total del objeto del presente contrato durante el periodo comprendido entre **26 ENERO DE 2022 AL 26 DE JULIO DE 2022.**

Una vez revisado y verificado el informe de ejecución del periodo a cobrar, certifica que efectivamente el contratista cumplió con las obligaciones 1,2,3,4,5,6,9,10 Y 11 por lo tanto, es procedente el pago correspondiente a la presente acta final.

En constancia se firma por los que en ella intervinieron.

YAMINA RESTREPO DE MENDOZA
Secretario de Salud y Seguridad Social
Supervisor

MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ
Contratista

Revisó: apoyo a supervision

Alcaldía de Montería	**ACTA FINAL DE EJECUCION** **Secretaria de Salud y Seguridad Social**	**VERSIÓN:1** **Página 1 de 1** **2020**

1055

ACTA FINAL DE EJECUCION
14 MARZO DE 2022

CONTRATO N°:	CD-SSM-491-2021
CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE MONTERÍA
CONTRATISTA:	MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN LO RELACIONADO CON LA VIGILANCIA DE LA SALUD INFANTIL (IRA, EDA, DESNUTRICION EN MENORES DE 5 AÑOS Y BAJO PESO AL NACER), EN EL MUNICIPIO DE MONTERIA
VALOR DEL CONTRATO:	**VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($25.200.697)**
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL NUMERO:	21000959 DEL 15 DE ABRILO DE 2021 POR **($26.880.744)**
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL NUMERO:	21000850 DEL 14 DE MAYO DE 2021 POR **($25.200.697)**
PLAZO DE EJECUCIÓN:	7 MESES Y 15 DIAS
FECHA ACTA DE INICIO:	14 DE MAYO DE 2021
PERIODO DE EJECUCIÓN DE LA PRESENTE ACTA:	14 DICIEMBRE A 29 DE DICIEMBRE de 2021
PERIODO TOTAL DE EJECUCIÓN	14 DE MAYO A 29 DE DICIEMBRE 2021
FORMA DE PAGO	El valor del contrato se pagará de la siguiente manera: **SIETE (07) PAGOS IGUALES MENSUALES, POR VALOR DE TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL NOVENTA Y TRES PESOS ($3.360.093) Y UN (1) PAGO FINAL POR VALOR DE UN MILLON SEISCIENTOS OCHENTA MIL CUARENTA Y SEIS PESOS ($1.680.046) PARAGRAFO PRIMERO:** Para efectos del pago de cada una de las Cuentas de Cobro deberán estar acompañadas de la documentación que exige la Secretaria de Hacienda Municipal como lo son: **1)** Certificado de cumplimiento, acta parcial de ejecución e informe de supervisión, suscritos por el Supervisor del contrato; previo Informe de las actividades desarrolladas por el contratista; **2)** Sus respectivos soportes de pago mensual al día, de los aportes al sistema integral de seguridad social (Salud, Pensión y ARL); **3)** Recibo de Pago, debidamente cancelado de los impuestos o estampillas a que tenga lugar el presente contrato, si hay lugar a ello. **PARAGRAFO SEGUNDO:** Para efectos del pago final, el contratista se obliga a hacer entrega de los archivos y documentos a su cargo, debidamente inventariados, conforme a las normas y procedimientos que establezca el Archivo General de la Nación.
VALOR A PAGAR POR ESTE PERIODO:	UN MILLON SEISCIENTOS OCHENTA MIL CUARENTA Y SEIS PESOS **($1.680.046)**

En Montería a los (14) días del mes de Marzo del año 2022, se reunieron en la oficina de la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio de Montería, **YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA** en calidad de Supervisor del contrato y **MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ** en calidad de Contratista de la Secretaría de Salud Y Seguridad Social, estando vigente el Contrato identificado en el encabezamiento de la presente Acta, con el propósito de dejar constancia de la verificación y certificación el cumplimiento satisfactorio final del objeto del presente contrato durante el periodo comprendido entre **14 DICIEMBRE A 29 DE DICIEMBRE de 2021.**

Alcaldía de Montería	ACTA FINAL DE EJECUCION Secretaria de Salud y Seguridad Social	VERSIÓN:1 Página 2 de 1 2020

1056

Una vez revisado y verificado el informe de ejecución del periodo a cobrar, certifica que efectivamente el contratista cumplió con todas y cada una de las obligaciones impartidas, por lo tanto, es procedente el pago correspondiente a la presente acta final.

En constancia se firma por los que en ella intervinieron.

YAMINA RESTREPO DE MENDOZA
Secretario de Salud y Seguridad Social
Supervisor

MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ
Contratista

Revisó: _____ apoyo a supervision

CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
Cl 21 No. 24 - 37B. Millan • Tel. 283 8189

EL COORDINADOR PIC DEL CENTRO DE SALUD SAMPUES - ESE

Hace constar

Que: **MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ,** Identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.465.082 Expedida en Sahagún – Córdoba, presto sus servicios profesionales como enfermera para la ejecución de actividades del plan de intervenciones colectivas PIC 2019 del Centro de Salud de Sampués – ESE, mediante contrato de prestación de servicios número PIC – 32 de 2019, durante el periodo comprendido entre 02 de octubre de 2019 y el 20 de diciembre de 2019.

Para constancia firmo el presente a los 23 días del mes de septiembre de 2020.

FAUSTO SANTODOMINGO

CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
Cl 21 No 24 - 37B Millan • Tel 283 8183

EL COORDINADOR PIC DEL CENTRO DE SALUD SAMPUES – ESE

Hace constar

Que: **MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.465.082 Expedida en Sahagún – Córdoba, prestó sus servicios profesionales como enfermera para la ejecución de actividades del plan de intervenciones colectivas PIC 2020 del Centro de Salud de Sampués – ESE, mediante contrato de prestación de servicios número PIC – 28 de 2020, durante el periodo comprendido entre 19 de octubre de 2020 hasta 7 de diciembre de 2020.

Para constancia firmo el presente a los 15 días del mes de abril de 2021.

FAUSTO SANTODOMINGO

CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
Cl 21 No 24 - 37B Millan • Tel 283 8189

EL COORDINADOR PIC DEL CENTRO DE SALUD SAMPUES – ESE

Hace constar

Que: **MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.465.082 Expedida en Sahagún – Córdoba, prestó sus servicios profesionales como enfermera para la ejecución de actividades del plan de intervenciones colectivas PIC 2020 del Centro de Salud de Sampués – ESE, mediante contrato de prestación de servicios número PIC – 20 de 2020, durante el periodo comprendido entre 23 de junio de 2020 y el 31 de Julio de 2020.

Para constancia firmo el presente a los 15 días del mes de abril de 2021.

FAUSTO SANTODOMINGO

FUSATEC

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA:

Que MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No 1.069.465.082 de Sahagún – Córdoba, desarrolló actividades como ENFERMERA PROFESIONAL durante el periodo de ejecución del contrato PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO PARA COADYUVAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DERIVADAS DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD N.º 124-2020 CUYO OBJETO ES CONTRATO INTERADMINISTRATIVO ENTRE EL MUNICIPIO DE SAHAGÚN Y EL CAMU SAN RAFAEL PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (BIOLÓGICOS, SOCIALES, AMBIENTALES Y SANITARIOS), PLAN DE ACCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA PIC VIGENCIA, 2020 DE LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE SAHAGÚN DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, dando cumplimiento satisfactorio a las actividades desarrolladas durante los meses de septiembre 17 a diciembre 17 de 2020.

Se expide esta certificación a los 31 días del mes de diciembre de 2020 a petición del interesado.

Atentamente;

CARMEN ROSA MONTES CUELLO
REPRESENTANTE LEGAL

EFECTIVA Est S.A.S
Nit 812002952-1

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que el señor(a) MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1069465082., laboro en nuestra empresa con contrato a término Labor Contratado, desde el 01 de mayo de 2018 hasta el 30 de agosto de 2018: desempeñando el cargo de PROFESIONAL UNIVERSITARIO PYP.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado el 21 de agosto de 2019 en la ciudad de Monteria

Cordialmente,

CARLOS CESAR NOVA BELLO
JEFE DE RECURSO HUMANO

Clínica Montería S.A.
Nit 891001122-8

COORDINACIÓN DE TALENTO HUMANO DE CLÍNICA MONTERÍA S.A.

A QUIEN INTERESE

MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.069.465.082 de Sahagún, laboró en nuestra Institución desempeñando los siguientes cargos:

- **ENFERMERA JEFE,** con contrato de trabajo a término indefinido desde el 26 de Mayo de 2014 hasta el 14 de Agosto de 2014.
- **ENFERMERA COORDINADORA,** con contrato de trabajo a término indefinido desde el 15 de Agosto de 2014 hasta el 31 de Julio de 2015.
- **COORDINADORA DEL ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA,** con contrato de trabajo a término indefinido desde el 01 de Agosto de 2015 hasta el 23 de mayo de 2016.
- **ENFERMERA COORDINADORA,** con contrato de trabajo a término indefinido desde el 24 de Mayo de 2016 hasta el 08 de Agosto de 2016.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado(a), en la ciudad de Montería a los 08 día del mes de Agosto de 2016.

Atentamente,

COORDINACIÓN TALENTO HUMANO CLÍNICA MONTERÍA

MARIA ELVIRA VERGARA ARROYO.
Coordinadora de Talento Humano.

Elaboró: Erica Hernández.

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1
Ley 266de 1996 / Ley 911 de 2004:
"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **MARIA FERNANDA HERNÁNDEZ JIMÉNEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.465.082, 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 cuatro (04) días del mes de octubre del año dos mil veinticuatro (2024).

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

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

Libertad y Orden
Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Certifcan que:

María Fernanda Hernández Jiménez

C.C. Nº 1.069.465.082

Participó en el

Curso de AIEPI Clínico

Dado en Montería, durante el período 5, 10 y 15 de Diciembre de 2015

Dr. Edwin Preciado Lorduy
Secretario de Salud de Córdoba

Dr. Miguel Antonio Cordero
Facilitador AIEPI

DEPARTAMENTO DE CORDOBA
Secretaría de Desarrollo de la Salud

aiepi

UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Fundada en 1974

CERTIFICA QUE

María Fernanda Hernández Jiménez

C.C. No. 1.069.465.082 EXPEDIDA EN Sahagún

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS PARA EL

DIPLOMADO EN

Salud Pública y Epidemiología

INTENSIDAD HORARIA 120 Horas

Marzo 22 de 2014

DIRECTOR DE POSTGRADOS Y ESTUDIOS CONTINUADOS

No. 03368

D&P 09-1

495

UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Fundada en 1974

CERTIFICA QUE

María Fernanda Hernández Jiménez

C.C. No. 1.069.465.082 EXPEDIDA EN Sahagún

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS PARA EL

DIPLOMADO EN

Cuidado Crítico al Adulto

MONTERIA, Junio 2 de 2007

RECTOR

DIRECTOR DE POSTGRADOS Y ESTUDIOS CONTINUADOS

No. 0059

DSP 06-2

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

Secretaría de SALUD

CERTIFICA QUE:

María Fernanda Hernández Jiménez
C.C. Nº. 1069465082

Participó En: La capacitación sobre prevención y manejo de la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda.

Realizado en la ciudad de Montería el 10 de junio de 2022

Yamina Restrepo de Mendoza
Secretaria De Salud Y Seguridad Social

María Marcela Arriola Salgado
Líder de Vigilancia Epidemiológica

El servicio público es de todos

Función Pública

Función Pública hace constar que:

MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ

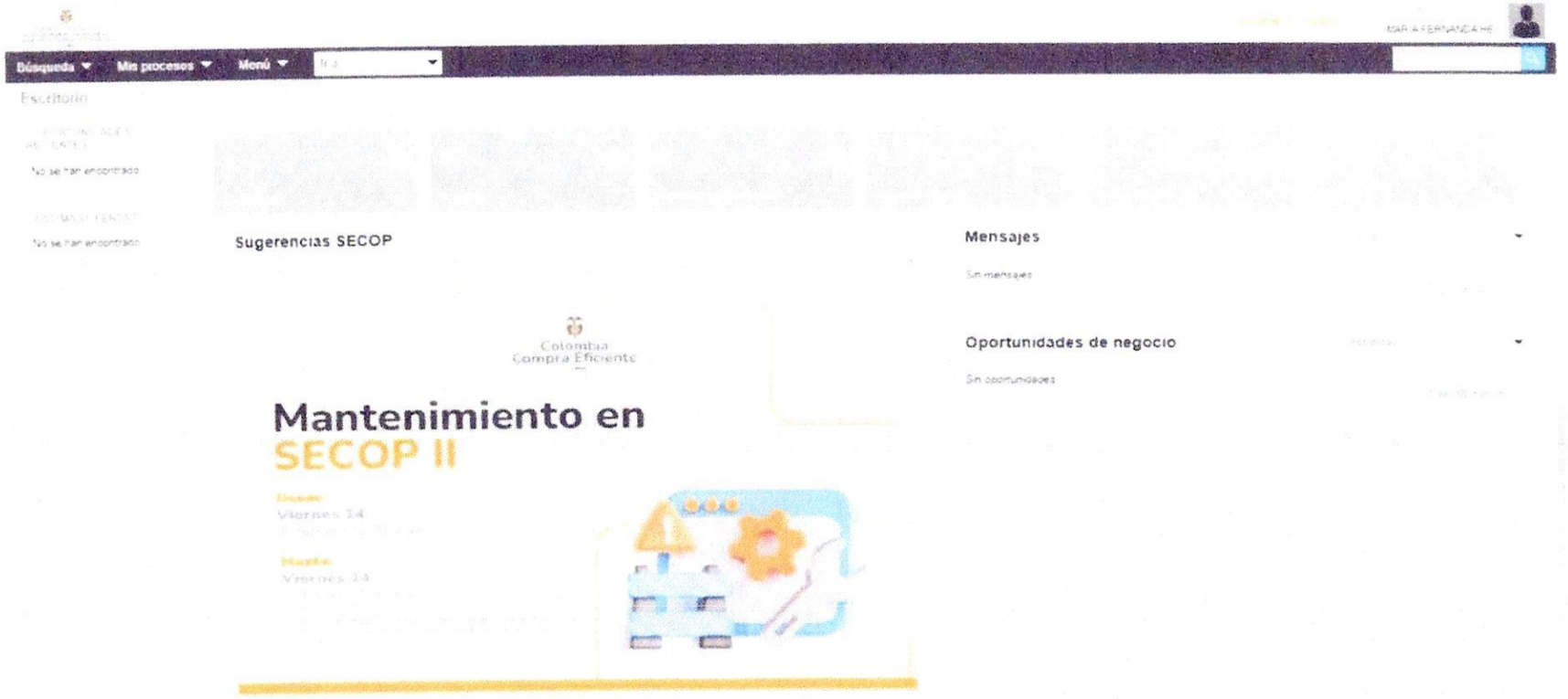
Participó y completó con éxito el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Adriana Vargas Tamayo

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano de la Función Pública


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Escritorio
Sugerencias SECOP
Mensajes
Sin mensajes
Oportunidades de negocio
Sin oportunidades
Colombia Compra Eficiente
Mantenimiento en
SECOP II
Desde:
Viernes 14
Hasta:
Viernes 14

MONTERÍA

vidasinu

Certifica que:

MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ

Identificado(a) CON C.C: No. 1.069.465.082

ASISTIO AL CURSO DE DIMENSIÓN, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL "GUÍAS ALIMENTARIAS [illegible]"

CON INTENSIDAD HORARIA DE CUATRO (4) HORAS

PARA CONSTANCIA DEL INTERESADO (A)

SE FIRMA EN MONTERÍA- CÓRDOBA A LOS 15 DÍAS DEL MES 10 DEL AÑO 2022

Doris E. Spath Portillo
GERENTE
vidasinú

DORIS SPATH PORTILLO
Gerente E.S.E. Vidasinú

Secretaria de Salud Montería
Yolanda Rojas P.
C.C. 1067[illegible]

YOLANDA ROJAS PALOMINO
Secretaria de salud y Seguridad Social

PIC 2022
Plan de Intervenciones Colectivas

MONTERÍA

vidasinú

Certifica que:

María Fernanda Hernández Jiménez

Identificado(a) CON C.C: No. 1069 465 012

ASISTIÓ AL CURSO DE DIMENSIÓN, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL LACTANCIA MATERNA

CON INTENSIDAD HORARIA DE DIECISÉIS (16) HORAS

PARA CONSTANCIA DEL INTERESADO (A)

SE FIRMA EN MONTERÍA- CÓRDOBA A LOS 21 DÍAS DEL MES 10 DEL AÑO 2022

Doris E. Spath Portillo
GERENTE
ESE Vidasinú

DORIS SPATH PORTILLO
Gerente E.S.E. Vidasinú

Secretaría de Salud Montería

YOLANDA ROJAS PALOMINO
Secretaria de salud y Seguridad Social

PIC 2022
Plan de Intervenciones Colectivas

GOBERNACION DE CÓRDOBA

SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
GOBERNACION DE CÓRDOBA

Fundación Visión Divina del Mañana

CERTIFICAN QUE:

María Fernanda Hernandez Jimenez

C.C. No.

Participó en LA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN HÁBITOS SALUDABLES "MEMO"
los días 14 y 15 de Noviembre del 2019

Realizado en Montelíbano, los días 15 de Noviembre del 2019.

EMBERT C. AMAYA PRETELT
Secretario Desarrollo de la Salud

Dr. Francy Velázquez Redondo
Facilitadora Estrategia Educativa
(MEMO)

CARMEN GONZÁLEZ R.
Fundación Visión Divina del Mañana

GOBIERNO DE COLOMBIA

SD2

Calle 21 # 4-24 Barrio Centro – Montería, Córdoba
Tel. (034) 321 461 0723 Cel. 314 8061741 – 3117 144712 Correo: avysosas@gmail.com

<< Dios ante todo >>

Licencia para la prestación de servicios de SALUD OCUPACIONAL 000128-2016 SDS Córdoba
Código y Nombre del Prestador: 2300102118-MEDICINA LABORAL IPS DR. EMIGDIO PEREZ RICARDO Y/O AV&SO SAS
Diligenciado por MEDICINA LABORAL IPS de conformidad con las Res. 2346 de 2007, 1918 de 2009 y 1409 de 2012

Lugar y fecha de emisión:
MONTERIA, martes, 13 de junio de 2023 16:18:29

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL	PERSONA NATURAL
DIRECCION	DATOS IGUAL AL TRABAJADOR
TIPO DE EXAMEN	INGRESO

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ
IDENTIFICACION	CC 1.069.465.082
TELEFONO	3003669190
DIRECCION	CRA 8 A W N 18-33 APTO 201 W B/ VALLEJO
CIUDAD	MONTERIA
CARGO	ACTUAL: CESANTE ASPIRA: ENFERMERA PROFESIONAL



GENERO: FEMENINO
EDAD: 37 AÑOS

EXAMENES REALIZADOS
SE LE REALIZÓ: TAMIZAJE DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA) Y TAMIZAJE DE AGUDEZA AUDITIVO (AUDIOMETRIA)
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO MEDICO LABORAL
APTO PARA EL CARGO ESPECIFICO. PATOLOGIA(S) NO INTERFIERE (N) CON SU OFICIO.

RECOMENDACIONES
- MEDICAS: Remisión a EPS, Examen anual, Valoración médica y seguimiento por EPS, Valoración nutricional y seguimiento por EPS
- OCUPACIONALES: Uso de elementos de protección personal, Higiene postural, Realizar pausas activas
- ESTILO DE VIDA: Adecuado regimen nutricional y ejercicio, Control de peso, Manejo nutricional, Hábitos y estilo de vida saludable

INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Cardiovascular

OBSERVACIONES
Seguir recomendaciones del equipo de SST
1. 1.Debe bajar mínimo 17 Kg para llegar al peso normal para su talla.
Debe bajar de peso de carácter PRIORITARIO. Ingresar a grupo de apoyo a la obesidad de su EPS.

RESTRICCIONES LABORALES
NINGUNA

Dr. Emigdio Rafael Pérez Ricardo
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia SST 0526/2020 SDS Córdoba

Apellido : HERNANDEZ JIMENEZ — Nacido el: 09 10 1985 — Fecha : 13 06 2023 - 16:17
Nombre : MARIA FERNANDA — Edad : 37 Años — Corrección : Monofocales
ID : 1069465082 — Sexo : Mujer — Examen con corrección : Si
Operador : DR. EMIGDIO PEREZ RICARDO

		Con corrección	Sin corrección
Agudeza de lejos 20 ft	Bino		20/20
	Derecha		20/20
	Izquierda		20/20

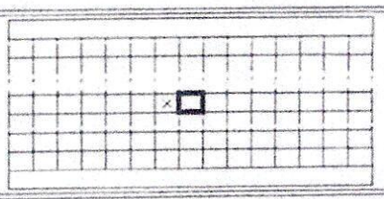
		Con corrección	Sin corrección
Agudeza de cerca 12 in	Bino		20/20
	Derecha		20/20
	Izquierda		20/20

Relieves — Bino

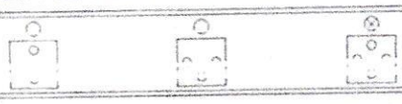
⊘ 200" 30% ⊘ 100" 50% ⊘ 70" 60% ⊘ 50" 70% ○ 40" 80% ○ 25" 90% ○ Fallado

Forias — Bino

Horizontal : -1.0 dp exo
Vertical : 0.0 dp
○ Fuera del cuadro ○ Fallado



Fusión — Bino

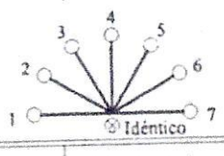


Colores

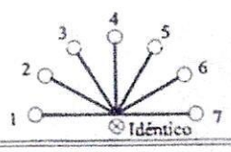
	8 1	4 5	6 3	2 7	9 0	1 8	Fallado
Bino	⊘ ⊘	⊘ ⊘	⊘ ⊘	⊘ ⊘	⊘ ⊘	⊘ ⊘	○
Derecha	⊘ ⊘	⊘ ⊘	⊘ ⊘	⊘ ⊘	⊘ ⊘	⊘ ⊘	○
Izquierda	⊘ ⊘	⊘ ⊘	⊘ ⊘	⊘ ⊘	⊘ ⊘	⊘ ⊘	○

Astigmatismo

Derecha — ○ Fallado



Izquierda — ○ Fallado



Campo periférico — Bino

Vertical derecho: 60°
Vertical izquierdo: 60°
Horizontal derecho: 140°
Horizontal izquierdo: 140°
Horizontal : : 180°

Calle 21 # 4-24 Barrio Centro – Montería, Córdoba
Tel. (034) 321 461 0723 Cel. 314 8061741 – 317 144712 Correo: avysosas@gmail.com

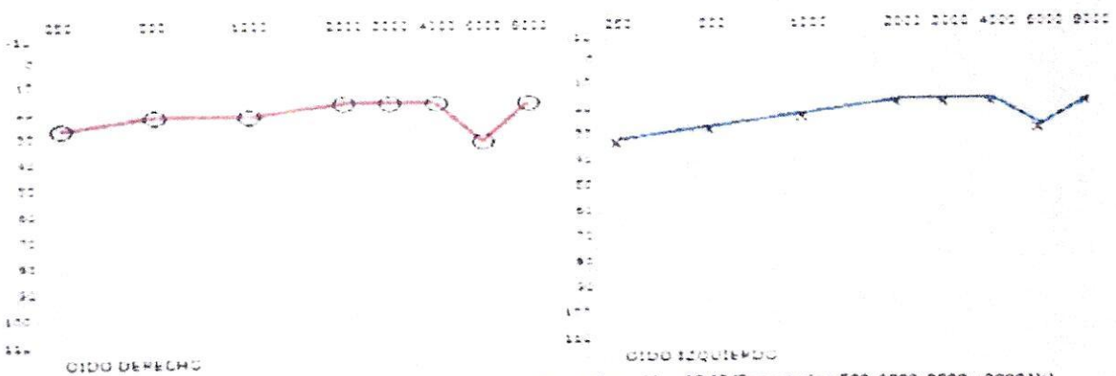
<< Dios ante todo >>

Licencia para la prestación de servicios de SALUD OCUPACIONAL 000128-2016 SDS Córdoba
Código y Nombre del Prestador: 2300102116-MEDICINA LABORAL IPS DR. EMIGDIO PEREZ RICARDO Y/O AV&SO SAS
Diligenciado por MEDICINA LABORAL IPS de conformidad con las Res. 2346 de 2007, 1918 de 2009 y 1409 de 2012

TAMIZAJE AUDIOMETRICO

Lugar y fecha de emisión:
MONTERIA, CORDOBA, martes, 13 de Junio de 2023 16:18:10

EMPRESA: PERSONA NATURAL
Dirección: DATOS IGUAL AL TRABAJADOR Actividad económica: PERSONA NATURAL
IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR
Nombres y apellidos: MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ Identificación: CC 1.069.465.082
Edad: 37 años, 8 meses y 4 días Género: FEMENINO
Dirección: CRA 8 A W N 18-33 APTO 201 W B/ VALLEJO Teléfono: 3003003198 Ciudad: MONTERIA
Cargo que aspira: ENFERMERA PROFESIONAL Cargo actual: CESANTE Tipo de examen: INGRESO
ANTECEDENTES PERSONALES
Otológicos: NIEGA
Sistémicos: NIEGA
Medicamentos ototóxicos: NIEGA
Exposición extra ocupacional a ruido: NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES
NO REFIERE
Observaciones: Ninguna
SINTOMATOLOGIA: NINGUNA
OTOSCOPIA: Oído Derecho: NORMAL Oído Izquierdo: NORMAL
AUDIOGRAMA



PTA --> Tonos graves: OD: 17,50 OI: 18,75 Promedio de Tonos Graves en ambos oídos: 18,13 (Frecuencias: 500, 1000, 2000 y 3000 Hz)
PTA --> Tonos agudos: OD: 20,00 OI: 18,33 Promedio de Tonos Agudos en ambos oídos: 19,17 (Frecuencias: 4000, 6000 y 8000 Hz)

RESULTADOS
OIDO DERECHO: Audición normal Dx: AUDICION NORMAL
OIDO IZQUIERDO: Audición normal Dx: AUDICION NORMAL
RECOMENDACIONES: AUTOCUIDADO AUDITIVO, USO DE EPA (ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA)
CONCEPTO FINAL: NO APLICA

Dr. Emigdio Rafael Pérez Ricardo
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia SST 0526/2020 SDS Córdoba

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-02-26 08:04

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	FERNANDA	HERNANDEZ	JIMENEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1069465082

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CÓRDOBA	Municipio	SAHAGÚN

Lugar de domicilio

Pais	COLOMBIA	Departamento	CÓRDOBA	Municipio	MONTERÍA

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	GOBERNACION DE CORDOBA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CÓRDOBA	Municipio	MONTERÍA

Dirección	["calle 27 # 3-28 piso 4 Palacio Nain"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$22.570.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$22.570.000,00

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	$3.500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2 CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GIOVANNY		LALINDE	

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1045138454

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

		prestacion de servicios Superior a 1 m	
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Trabajador Independiente	CERRADO
PUBLICIDAD AVISOS Y EXTERIORES PAVEX SAS	1069465082	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA. En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1069465082 **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 25/02/2025 11:52 PM

Código Verificación: **96187CFMGW**

Válida hasta **27/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Montería, Febrero 26 de 2025

CERTIFICADO DE NO HALLARSE INCURSO EN CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDADA

Yo MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.069.465.082 de Sahagún, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la Constitución y el articulo 8 y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

2. Manifiesto no hallarme incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad, ni en ninguno de los eventos de prohibición especiales para contratar.

Atentamente,

MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ

C.C 1.069.465.082 de Sahagún

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141130026371

(415)7707212489984(8020) 000014113002637 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 9 4 6 5 0 8 2	1	Impuestos y Aduanas de Montería 1 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 6 9 4 6 5 0 8 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Córdoba 2 3	Sahagún 6 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	JIMENEZ	MARIA	FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0

41. Dirección principal
CL 29 A CR 8 E 56 W

42. Correo electrónico mariafer_1230@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 3 6 6 9 1 9 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 3 0 7 1 5						2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF 28-03-2026 12:17:36

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 25 de febrero de 2025, a las 23:16:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1069465082
Código de Verificación	106946508225022523160l

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 265235268

PIB
23:13:28
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de febrero 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) MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1069465082:

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 Relacionamiento 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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:55:59 PM horas del 25/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1069465082**

Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ JIMENEZ MARIA FERNANDA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 25/02/2025 10:51:29 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1069465082 .**

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. **111339673** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ JIMENEZ MARIA FERNANDA** identificado(a) con **CC** número **1.069.465.662** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de octubre de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 25 de febrero de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

Salud Total EPS-S

Bogotá, Febrero 27 de 2025

Señora:
HERNANDEZ JIMENEZ MARIA FERNANDA
CC. 1069465082
CL 29 A N 8 E 56W - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 1 de 2016. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
LALINDE BRAVO GIOVANNY FRANCISCO	1045138454	C	Mar-27-2017	412	28	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
HERNANDEZ JIMENEZ MARIA FERNANDA	1069465082	C	May-1-2016	438	0	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
LALINDE HERNANDEZ MARIA SALOMÉ	1138033269	R	Feb-6-2019	317	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
PUBLICIDAD AVISOS Y EXTERIORES PAVEX SAS	1069465082	Dependiente	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
CLINICA MONTERIA SA	1069465082	Dependiente	CERRADO
CLINICA MONTERIA SA	1069465082	Dependiente	CERRADO
CLINICA MONTERIA SA	1069465082	Dependiente	CERRADO
EFECTIVA EST LTDA	1069465082	Dependiente	CERRADO
FUNDACION REVIVIR SUEÑOS	1069465082	Dependiente	CERRADO
FUNDACION SOCIAL COLOMBIA SEGURA	1069465082	Dependiente	CERRADO
FUNDACION SOCIAL COLOMBIA SEGURA	1069465082	Dependiente	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO

Powered by CamScanner

MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Trabajador Independiente	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ	1069465082	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Dayana Paola Doria Lozano - Analista Integral de Servicio al Cliente / Informador

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Powered by CamScanner

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ** identificado con **CC** No. **1069465082**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
GOBERNACION DE CORDOBA - NI. 800103935	**Fecha de inicio de cobertura:** 11/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 06/03/2025 **Fecha fin de Contrato:** 21/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 **Clase de Riesgo:** 1

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013301216.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

Certificado
Bancario

Sábado, 25 de enero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ identificado(a) con CC 1069465082, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	09300000395	2020/06/03	ACTIVA

***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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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

soi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

7972273788

TOTAL APORTES A PENSION

TOTAL APORTES A SALUD

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

TOTAL PAGADO: $ 523.700

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

SEGURIDAD SOCIAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1068465082
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALL 32 NUMERO 14-66 B/EL EDEN	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7978653736		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES julio	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/11		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1692633656

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 288.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 288.700	$ 0	$ 288.700
SUBTOTALES:										**$ 288.700**	**$ 0**	**$ 288.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.500	$ 0	$ 0	$ 225.500
SUBTOTALES:													**$ 225.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 225.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.500	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 9.500
SUBTOTALES:									**$ 9.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD					ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																									ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1068465082	HERNANDEZ JIMENEZ MARIA FERNANDA	03-DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.804.000			NO																230201-PROTECCION	30	$ 1.804.000	$ 288.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.700	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.804.000	$ 225.500	$ 0	$ 225.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.804.000	$106946508	$ 9.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 523.700

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069465082
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALL 32 NUMERO 14-66 B/EL EDEN	TELÉFONO:	7900000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadores de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7972273788	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES mayo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/06/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	184327285

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 288.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 288.700	$ 0	$ 288.700
SUBTOTALES:										**$ 288.700**	**$ 0**	**$ 288.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.500	$ 0	$ 0	$ 225.500
SUBTOTALES:													**$ 225.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 225.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.500	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 9.500
SUBTOTALES:									**$ 9.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																													SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																											
1	CC 1069465082	HERNANDEZ JIMENEZ MARIA FERNANDA	2-DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.804.000				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.804.000	$ 288.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.700	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.804.000	$ 225.500	$ 0	$ 225.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.804.000	$106946508	$ 9.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 523.700

Planilla Pagada

523

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069465082
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALL 32 NUMERO 14-86 B/EL EDEN	TELEFONO:	7900090
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7974636888	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	junio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/07/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1617730306

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 288.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 288.700	$ 0	$ 288.700
SUBTOTALES:										**$ 288.700**	**$ 0**	**$ 288.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.500	$ 0	$ 0	$ 225.500
SUBTOTALES:													**$ 225.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 225.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.500	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 9.500
SUBTOTALES:									**$ 9.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	INC	RET	TDE	TAE	TIP	TAP	DOM	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD							ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT.	IBC	FSP COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	APORTES VOLUNTARIOS SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1069465082	HERNANDEZ JIMENEZ MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.804.000				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.804.000	$ 288.700	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.700	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.804.000	$ 225.500	$ 0	$ 225.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.804.000	106946505	$ 9.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 523.700

Planilla Pagada

528

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069465082
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA FERNANDA HERNANDEZ JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALL 32 NUMERO 14-56 B/EL	TELÉFONO:	7900000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7982498011**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	julio
	AÑO:	2025		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/11		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1692927027

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7978653736	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/08/11

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 34.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 34.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 34.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 34.500**

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

COPIA DE CONTRATO Y/O HOJA DE VIDA DE PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

NO. ORDEN	OC-CSRS-051-2025
ORDENADOR DEL GASTO	E.S.E CAMU SAN RAFAEL
BENEFICIARIO DE LA ORDEN	CLAUDIA STELLA BARON MONTT, IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 30572409
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO: PSICÓLOGO PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGUN QUE NACEN DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. SS-007-2025 CON LA GOBERACION DE CORDOBA
VALOR	VEINTIDÓS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($22.550.000.00)
PLAZO	DE 19/05/2025 A 19/10/2025
TIEMPO	150 DIAS MAXIMO
CDP	1014 -2025
DIRECCION DEL CONTRATISTA	CARRERA 14 # 16-42CENTRO SAHAGUN CORDOBA
CORREO	BARONMONTTCLAUDIA2023@GMAIL.COM
TELEFONO O MOVIL	3043767142
SUPERVISOR	MARIA CAMILA NADER BULA

Entre los suscritos a saber **E.S.E. CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN**, entidad identificada con NIT 812.001.579-2, representada legalmente en esta orden por el señor **GHASSAN NADER NAME**, persona mayor de edad, residente en el municipio de Sahagún, departamento de Córdoba, identificado con la cédula de ciudadanía No. 78.759.288 expedida en Sahagún (Córdoba), obrando en su calidad de gerente y por ende Representante Legal conforme al decreto 0175 del 25 21 de marzo de 2.024, "Por medio del cual se realiza nombramiento de Gerente del CAMU SAN RAFAEL periodo 2024-2028" y acta de posesión número 16 de fecha 01 de abril de 2.024 , en ejercicio de sus funciones legales y de conformidad con la del 01 de agosto de 2.024, por medio de la cual se aprueba el Estatuto de Contratación de la Empresa Social Del Estado CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN, y quien para efectos de la presente orden se denominará LA EMPRESA, por una parte y por la otra CLAUDIA STELLA BARON MONTT, IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 30572409, quien en adelante se denominará **EL BENEFICIARIO DE LA ORDEN** hemos convenido celebrar la presente orden de gasto, previas las siguientes:

CONSIDERACIONES

Que esta orden se justifica en el artículo 209 de la Constitución Política y en la A-007 del 01 de agosto de 2.024, por medio de la cual se aprueba el Estatuto de Contratación de la Empresa Social Del Estado CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN; establece las disposiciones jurídicas y procedimientos que rigen la contratación al interior de la E.S.E, por lo que la orden de servicio que celebre la EMPRESA, están sometidos a dicho Manual. Lo anterior, en concordancia con el artículo 195 de la Ley 100 de 1993.

Que el estatuto de contratación A-007 de 01 de agosto de 2024 en su TITULO IV CUANTIA DE LOS CONTRATOS, MODALIDADES Y MEACNISMOS DE SELECCIÓN; en su artículo 26,

parágrafo único; termina que: los de mínima cuantía podrán contratar a través de órdenes de prestación de servicios, obra, mantenimiento, suministro (o equivalentes) según objeto a contratar.

Así mismo en el artículo: 31.6 estudios previos y en su parágrafo único, decreta que: estos estudios previos no son obligatorios para aquellas órdenes de compra, de suministro, de obra o de prestación de servicios.

Entendiendo lo anterior no se realizará estudios previos y por ende no es necesario el trámite exigente de los contratos con el estudio respectivo.

En el ARTÍCULO 46.- de la A-007 de 2024. Reza: TIPOS DE CONTRATACIÓN: Las modalidades de contratación que celebre la E.S.E. CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN, son de los siguientes tipos: contratos con formalidades plenas, órdenes de prestación de servicios y órdenes de compra.

1. Contrato con formalidades plenas: Es el tipo de contrato que por regla general celebra la E.S.E., en cualquiera de las clases señaladas en el Capítulo III del título Primero del presente estatuto, y por cualquiera de las modalidades de selección señaladas en el Capítulo IV del Título Primero del presente estatuto. Con este tipo de contrato se deben observar todas las formalidades señaladas en el presente estatuto y en el manual de contratación en cada una de sus etapas.

2. Órdenes de Prestación de servicios, suministro y obra: Este tipo de contratación puede aplicarse para aquellos cuyo valor no excedan los veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes, cuando la calidad o naturaleza del bien o servicio a contratar no revista mayor complejidad, no requerirán estudios previos y se harán con un mínimo de formalidades: identificación de las partes, justificación, objeto, valor, fecha, plazo, forma de pago, Certificado de disponibilidad presupuestal y garantías si se requieren, indicación del supervisor e imputación presupuestal. No será obligatoria la suscripción de un acta de inicio, salvo cuando la ejecución inicie en fecha diferente a la de la suscripción.

3. Órdenes de Compra: No será necesaria la suscripción de un contrato y podrá celebrarse una orden de compra para la adquisición de bienes cuya cuantía sea inferior a veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Estas órdenes de comprar no requerirán estudios previos, bastará la justificación de la contratación, identificación de las partes, RUT del proveedor, el objeto, la relación de los bienes a comprar, valor unitario, IVA, fecha, Certificado de disponibilidad presupuestal.

Que el salario mínimo del año 2025 corresponde a: un millón cuatrocientos veintitrés mil quinientos pesos ($ 1.423.500.00), que al multiplicarlo por veinte (20) estará dando la suma de: veintiocho millones cuatrocientos setenta mil pesos ($28.470.000.00), que el valor contratado en esta orden no supera el tope establecido para realizar una orden de servicios.

Este documento no necesitara acta de inicio, solo bastara con la firma de las partes y su RP para iniciar la actividad contratada.

El departamento de Córdoba y la ESE CAMU SAN RAFAEL suscribieron un contrato interadministrativo No. SS-007-2025, cuyo objeto es: PRESTACION DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGUN Y CHINU.

Que la misión de E.S.E. CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN es una institución prestadora de servicios de salud pública y que la orden a celebrarse se relaciona con esta misión.
Que los contenidos del PIC, los recursos para su ejecución, la cobertura de estas y los criterios para el respectivo monitoreo y evaluación, se definirán de acuerdo con:

✓ Necesidades - problemáticas en salud de ET de acuerdo con el ASIS, SIVIGILA, PASE (tensiones
- diagnóstico participativo).
- Resultados en salud priorizados por ET en PTS y RPMS.
- Estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud.
- Competencias y responsabilidades normatividad vigente.
- Anexo Técnico de la Resolución 3280 de 20184.

De acuerdo con los lineamientos para la organización y operación de los equipos básicos en salud (EBS), definidos en la Resolución 295 de 2023, se entiende como Equipo de Salud Territorial (EST), aquella "estructura funcional y operativa básica en capacidad de ejecutar intervenciones colectivas e individuales en un territorio, conformado por un (1) médico, una (1) enfermera(o), cuatro (4) auxiliares de enfermería, un (1) líder comunitario / promotor y un (1) profesional de la salud o de área social según necesidad en salud pública y oferta del talento humano en la zona".

Este tipo de equipo tiene cobertura municipal y se financian con cargo a los recursos del SGP, subcuenta de salud colectiva y pueden articularse con los recursos del sistema de salud destinados a las actividades.

Que el departamento de Córdoba en sus estudios previos presento unos equipos básicos relacionados así: Equipo de Salud Territorial (EST)- Micro territorio Urbano

DESCRIPCION	Tiempo ejecución contrato	PROFESIONALES	Cantidad
Equipo de Salud Territorial (EST)- Micro territorio Urbano	5	Médico General. Con experiencia profesio mínima de un (1) Año, inscrito en RETHUS	1
	5	Profesional de Enfermería. Con experien profesional mínima de un (1) Año, inscrito RETHUS.	1
	5	Psicólogo. Con experiencia profesio mínima de un (1) Año, inscrito en RETHUS	1
	5	Auxiliares de enfermería. Con experien profesional mínima de un (1) Año, inscrito RETHUS.	4

De Conformidad con el clasificador de bienes y servicios de Naciones Unidas, versión 14 del UNSPSC, consultado en la página web. www.colombiacompra.gov.co/clasificacion, el objeto a contratar se encuentra codificado así:

GRUPO	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(10) Servicios Integrales de salud	(15) Centros de salud
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(10) Servicios Integrales de salud	(17) Servicios de
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(11) — Prevención y	(15) — Prevención y control de
(F) Servicios	(85) Servicios de	(11) — Prevención y control de enfermedades.	(16) — Prevención y control de enfermedades
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(12) — Práctica médica.	(15) — Servicios de prestadores de cuidado primario.
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(12) — Práctica médica.	(22) — Servicios de valoración del estado de salud individual

La empresa considera conveniente realizar prestación de servicios como: PSICÓLOGO para las actividades relacionadas al contrato de prestación de servicios de salud **SS-007-2025 PIC ENTRE LA GOBERNACION DE CORDOBAY LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN**.

Efectuar esta clase de prestación es oportuno, sabiendo que la E.S.E CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN cuenta con la correspondiente disponibilidad presupuestal para esta serie de prioridades. Así mismo, la entidad cuenta con un plazo estipulado en el Contrato Interadministrativo **# SS-007-2025 PIC ENTRE LA GOBERNACION DE CORDOBAY LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN**.

Que existe la necesidad de contratar en el Equipo de Salud Territorial (EST)- Micro territorio Urbano, PSICÓLOGO, con una experiencia mínima de un (1) año inscrito en RETHUS.

La entidad se comunicó con: CLAUDIA STELLA BARON MONTT, IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 30572409 y este la entrego los documentos pertinentes y exigidos (HV), la cual llena las expectativas de la ESE.

Una vez revisada la hoja de vida del prestador y verificado cada uno de su contenido se determina que la idoneidad para las funciones a desempeñar es apta y por tal motivo se procede a realizar la orden de servicio.

Que LA EMPRESA consultó las plataformas correspondientes para verificar los antecedentes del Beneficiario de la orden de acuerdo con el certificado que forma parte del presente acto.

Que con la entrega a la E.S.E de los documentos generales solicitados, se entiende manifestada la voluntad de CLAUDIA STELLA BARON MONTT, IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 30572409, de ejecutar el objeto de la presente orden de servicios en los términos y condiciones indicadas en la invitación remitida a éste.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones el Gerente de la **E.S.E CAMU SAN RAFAEL** procede a realizar una orden de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes condiciones:

PRIMERA –OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO: PSICÓLOGO PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES

COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGUN QUE NACEN DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. SS-007-2025 CON LA GOBERACION DE CORDOBA

SEGUNDA – VALOR: El valor total de esta orden, es por la suma de **VEINTIDÓS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($22.550.000.00) INCLUYE IVA.,** valor que incluye el precio básico (costos directos e indirectos).

TERCERA - FORMA DE PAGO: **LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL– CÓRDOBA** pagará al beneficiario de la orden el valor de ésta de la siguiente manera:

Se harán cinco pagos mensualizados por valor de: CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS ($ 4.510.000.00).

PARAGRAFO: PAGO POR PORCENTAJE DE ACTIVIDADES: si el firmante de la presente orden presenta cuentas de cobro por porcentaje de cumplimiento de las obligaciones, estas se pueden pagar una vez certifique el supervisor de la presente prestación de servicios.

PARÁGRAFO PRIMERO: El pago será efectivo, previo recibido a satisfacción los servicios prestados de la presente orden. **LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL** no reconocerá, por consiguiente, ningún reajuste realizado por el **BENEFICIARIO DE LA ORDEN,** en relación con los costos, gastos o actividades adicionales que aquel requería para la ejecución de la presente orden y que fueron previsibles al momento de la presentación de la propuesta.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El pago se tramitará dentro de los cinco (05) días siguientes a la presentación de la correspondiente cuenta de cobro, factura y/o documento equivalente, y su pago efectivo estará sujeto a la disponibilidad de recursos de la E.S.E de acuerdo con su plan de Caja.

CUARTA PLAZO: El plazo para la ejecución de la orden es 150 días, contados a partir de la fecha de la firma de la orden.

QUINTA – OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO DE LA ORDEN: Para el desarrollo del objeto, el beneficiario de la orden debe cumplir las siguientes obligaciones:

DESCRIPCION	Territorio	Perfil	JORNADAS	N° de personas a intervenidas por jornada
Realizar un (01) cartografía social de dos (04) horas de duración en entorno comunitario del micro territorio urbano y rural, en la que se especifique en el	URBANO	Psicólogo	1	20

mapa de cada municipio las barreras y los facilitadores que inciden en el desempeño y participación de las personas con discapacidad, empleando lenguaje inclusivo. Concertar convocatoria con el comité de discapacidad municipal Si en la convocatoria se identifican personas con: • Discapacidad auditiva, se necesita contar con el apoyo de un intérprete de lengua de señas. • Discapacidad visual, se necesita usar lenguaje descriptivo de las imágenes de apoyo que se usen. Garantizas los ajustes y apoyos razonables Previo a la actividad se debe dar una sensibilización sobre: • Discapacidad y enfoque de derechos. • Convención Internacional sobre los Derechos de Personas con Discapacidad • Rehabilitación Basada en Comunidad y sus componentes. • Barreras y facilitadores para inclusión de las personas con discapacidad.				
Realizar un (1) tallere sobre acciones favorables para la salud mental del cuidador. Con una porción grande de arcilla cada participante construirá una figura que represente quién es él y posteriormente se realizara reflexión al respecto. Participantes: Personas que cuidan a personas con discapacidad, sociedad civil. Concertar convocatoria con el comité de discapacidad municipal Previamente cada participante resolverá el Instrumento para la valoración emocional del cuidador, de la guía de RBC.	URBANO	Psicólogo	1	20

Jornadas de educación, sensibilización y promoción en la salud dirigido a los entornos educativos incluyendo las siguientes: Medidas para el control de la calidad del aire, agua y ruido de acuerdo a cada municipio. Riesgos sanitarios por contaminación ambiental (agua, aire, etc.) y medidas para prevenirlos o mitigarlos. Efectos en la salud por calidad de aire, agua y ruido, tener en cuenta los identificados por la OPS y OMS. Elaboracion de infografia acerca de los impactos por la calidad aire, agua y ruido.	URBANO	enfermero, psicologo	5	20
Realizar durante la vigencia del convenio en los microterritorios urbano con 15 jovenes de edades comprendidas entre los 14 a 17 años, 6 encuentros ludico pedagogicos de 2 horas de duración para ser formados en temas de salud mental y habilidades socioemocionales. Los encuentros se pueden concertar para ser realizados en horarios diferentes al escolar si en el microterritorio no se cuenta con IE . Los facilitadores de las actividades por parte de la ESE deben asistir a una jornada de transferencia de metodologías y contenidos técnicos en la Secretaría de Desarrollo de la Salud.	URBANO	Psicologo	6	15

Realizar durante la vigencia del convenio en los microterritorios urbano rural con 15 jovenes de edades comprendidas enre los 14 a 17 años 6 encuentros ludico pedagogicos de dos horas de duración para ser formados en temas de salud mental y habilidades socioemocionales. Los encuentros se pueden concertar para ser realizados en horarios diferentes al escolar si en el microterritorio no se cuenta con IE . Los facilitadores de las actividades por parte de la ESE deben asistir a una jornada de transferencia de metodologías y contenidos técnicos en la Secretaría de Desarrollo de la Salud.	URBANO	Psicologo	6	15
Organizar en el microterritorio urbano un (1) festival de salud mental comunitaria con la participación de treinta (30) personas la comunidad a través de actividades	URBANO	Psicologo	1	30

artísticas, recreativas y deportivas, para así fortalecer el tejido social y los vínculos interpersonales. Las actividades deben realizarse en articulación con la administración municipal, EAPB, ICBF, Iglesias y demás sectores. Previo a la actividad realizar reuniones coordinación para organizar la agenda y necesidades de apoyo logístico. Realizar la actividad en un espacio abierto que permita la participacion activa de los asistentes donde se llevaran a cabo las siguientes actividades: 1. Pintar un mural comunitario con mensajes sobre la salud mental. 2. Un taller para enseñar a los miembros de la comunidad una variedad de técnicas para manejar el estrés. Combine el taller con una sesión de yoga o meditación y explique los beneficios de estas prácticas para el bienestar mental y físico. 3. organizar una Actividad lúdica para Aprender a reconocer y gestionar emociones 4. Realizar juegos y retos, elijiendo un tema para el día, que permita reconocer la importancia del bienestar propio comiunitario y de la salud tanto físico como mental.				
Durante la vigencia del convenio realizar en cada	URBANO	Psicologo	6	15

microterritorio urbano con la participación de mínimo 15 líderes y lideresas, miembros de la red comunitaria de vigilancia, entre otros, 6 encuentros de saberes de 3 horas cada uno, sobre el abordaje para la sensibilización de la VBG a nivel comunitario. Los contenidos a desarrollar son 1. Sesión de encuadre y socialización de la metodología. 2.Estereotipos de género. 3. Lenguaje Inclusivo - incluyente y no sexista. 4. Violencias y generalidades de VBG. 5. Registro de información y Ruta de referencia/atención VBG. 6. Como saber el nivel de riesgo cuando se presentan las VBG (violentometro). Para el desarrollo de las sesiones se debe utilizar una metodologia participativa y reflexiva. Para el desarrollo de la actividad se utilizaran como guia los documentos entregados por la Secretaria de Desarrollo de la Salud en la jornada de transferencia de metodologías y contenidos técnicos. Los encuentros se llevaran a cabo cada 8 días y los participantes deben asistir al 100% de las sesiones para considerarlas validas y que cumplan con el objetivo propuesto				
	URBANO	Psicólogo	2	20

Actividad educativa -reflexiva articulada con ICBF, dirigida a padres de familia y comunidad en general sobre la prevención del trabajo infantil, con el fin de sensibilizar a la población sobre los riesgos y consecuencias del trabajo infantil, derechos de los niños y las niñas, así como las leyes relacionadas con el trabajo infantil y alternativas saludables para la crianza y educación de los hijos a un mínimo de 20 personas. La actividad debe incluir reflexión grupal sobre historias inspiradoras reales o ficticias de niños que han abandonado la escuela por ingresar prematuramente al mercado laboral.				

SEXTA – SUPERVISIÓN DE LA ORDEN: De conformidad con la A-007 del 01 de agosto de 2.024, por medio de la cual se aprueba el estatuto de Contratación de la Empresa Social Del Estado CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN, con el fin de ejercer la supervisión y el control de la presente orden, el cabal cumplimiento de las obligaciones del beneficiario de la orden y la vigilancia de la correcta ejecución técnica, administrativa y financiera del mismo, la supervisión de la orden será ejercida por parte de LA EMPRESA a través del funcionario que para tales efectos designe el Gerente de la E.S.E o quien haga sus veces, quien velará por los intereses del mismo y le corresponderán las siguientes funciones:

a) Velar por que se cumpla correctamente el objeto de la orden.
b) Supervisar el cumplimiento de las obligaciones de este y el correcto manejo de los recursos.
c) Conocer los informes de ejecución de la orden y formular sus observaciones oportunamente cuando sea el caso, así como estudiar las consultas y peticiones que efectúe el beneficiario de la orden.
d.) Emitir concepto por escrito y en forma oportuna sobre las solicitudes de adiciones o prórrogas que presente el beneficiario de la orden
e.) Requerir al beneficiario de la orden cuando prevea que no avanza en las actividades necesarias para cumplir con los plazos estipulados en el cronograma de actividades presentado (Si a ello hubiere lugar).
f) Proyectar el acta de liquidación de la orden.

SÉPTIMA – IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL El compromiso de la presente orden será asumido por **LA EMPRESA** con cargo al(los) certificado(s) de disponibilidad Presupuestal **CDP No**. 1014 **de 2.025**, expedido por el jefe de Presupuesto de LA E.S.E.

Para constancia se firma en el Municipio de Sahagún, a los 19 días del mes de mayo de 2.025.

Por parte de la **E.S.E CAMU SAN RAFAEL,** ordenador del gasto,

GHASSAN NADER NAME
GERENTE E.S.E CAMU SAN RAFAEL
ORDENADOR DEL GASTO

Manifestando su voluntad de aceptar el objeto, obligaciones y condiciones generales derivadas de la presente orden.

CLAUDIA STELLA BARON MONTT,
CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 30572409

MARIA CAMILA NADER BULA
SUPERVISOR

Los abajo aquí firmantes declaramos que el documento cuenta con los requisitos esenciales para la orden o contrato.

	NOMBRE	EN CALIDAD DE	FIRMA	FECHA
REALIZO	ANDRES CABRALES MARTINEZ	CONTRATISTA		19/05/2025
REVISO	MARA CRITINA LEYVA SANCHEZ	JEFE DE OFICINA JURIDICA		19/05/2025

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BARON	MONTT	CLAUDIA STELLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 30.572.409

SEXO: F ( ) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X)

PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 0,8 MES 0,1 AÑO 1,9,7,4

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CORDOBA

MUNICIPIO SAHAGUN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kra 14 N° 16 – 42 Brr San Roque

PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA

MUNICIPIO SAHAGUN

TELÉFONO 3043767142 EMAIL claudiabaron0874@gmal.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 1,2 AÑO 1,9,9,7
									X	

EDUCACION 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		PSICOLOGIA	06	2007	231939

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION TIERRA FIRMA		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CORDOBA	SAHAGÚN	fundafirme10@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
320 268 5790	DÍA 16 MES 02 AÑO 2023	DÍA 15 MES 12 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PSICOLOGA	APOYO PSICOSOCIAL	CL 17 # 3 – 23 B/ EL CARMEN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACIÓN DE ATENCIÓN A LA NIÑEZ		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CORDOBA	SAHAGÚN	comunicaciones@fan.org.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
4480288	DÍA 15 MES 01 AÑO 2017	DÍA 15 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PSICOSOCIAL		SAHAGÚN – CÓRDOBA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
FUNDACIÓN DE ATENCIÓN A LA NIÑEZ		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CORDOBA	SAHAGÚN	comunicaciones@fan.org.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
4480288	DÍA 16 MES 02 AÑO 2016	DÍA 15 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PSICOSOCIAL		SAHAGÚN – CÓRDOBA	

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FRUTOZ		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CORDOBA	SAHAGUN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7588204	DÍA 15 MES 01 AÑO 2015	DÍA 31 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PSICOLOGA		SAHAGÚN – CORDOBA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ABC PASANT		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CORDOBA	SAHAGUN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7588952	DÍA 01 MES 11 AÑO 2013	DÍA 31 MES 10 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PROFESIONAL DE APOYO SAHAGÚN – COERDOBA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E CAMU SAN RAFEL DE SAHAGUN	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CORDOBA	SAHAGUN	NO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7777589	DÍA 04 MES 09 AÑO 2012	DÍA 31 MES 12 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PSICOLOGA CL 14 2E – 25		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORASEO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CORDOBA	SAHAGUN	NO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7776894	DÍA 02 MES 05 AÑO 2011	DÍA 29 MES 02 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PSICÓLOGA		SAHAGÚN - CÓRDOBA

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	SAHAGÚN	NO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7777589	DÍA 01 MES 07 AÑO 2009	DÍA 31 MES 12 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PSICÓLOGA		CL 14 2E – 25

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	2	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Claudia Barón Gott

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.572.409
BARON MONTT

APELLIDOS

CLAUDIA STELLA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ENE-1974

SAHAGUN
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-MAY-1992 SAHAGUN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1303700-00130669-F-0030572409-20081122 0006705783A 1 7500011528

Gobernación de Córdoba

GOBERNACION DE CORDOBA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD

REGISTRO No. 231939/12

INSCRIPCIÓN No. 268

Nombre: CLAUDIA STELLA

Apellidos: BARON MONTT

C.C. 30.572.409

Profesión: PSICOLOGO

Fecha: 04 SEP 2012

Secretario Seccional de Salud



SOLO PARA LA VIGENCIA

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.

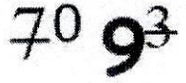
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 30572409

Primer Nombre: CLAUDIA

Primer Apellido: BARON

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8899

Consultar Otra Vez en [illegible] | Limpiar

Resultado General -2025-06-03 3:05:57 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	30572409	CLAUDIA	STELLA	BARON	MONTT	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) CLAUDIA STELLA BARON MONTT identificado(a) con CC 30572409 registra La siguiente información:

2025-06-03 3:05:57 PM

Información Académica

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

			Administrativo		
UNV	Local	PSICOLOGIA	2012-09-04	231939	SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL DE CORDOBA

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

SISPRO

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

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

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

Términos y condiciones

353

ACTA DE GRADO

INSTITUTO
MANUEL ESTEBAN FIGUEROA RADA
Dirección: Calle 18 No. 1 - 39 Teléfono 778087

Jornada Nocturna

Dane 32366001904

En la ciudad de Sahagún a los Diez (10) días del mes de Diciembre del año 1997 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoría del

INSTITUTO MANUEL ESTEBAN FIGUEROA RADA

Institución aprobada hasta Diciembre 31 de 1997 en el nivel de educación media y autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad académica, según Resolución No. 0005629 del 5 de Noviembre de 1997.

Comprobada la situación Legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media , se procedió a otorgar el TITULO DE:

BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyo nombre, apellido y número de documento de identificación se relacionan a continuación: RAMON MONTT CLAUDIA STELLA C.C.No.30.572.409 expedida en Sahagún

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 011 de fecha Diciembre 10 de 1997 que consta de 29 alumnos que comienzan con el nombre de ACEVEDO ALVAREZ DAIRO ANTONIO y se cierra con el nombre de ZABALETA VERTEL MAURO RAFAEL, firmado y sellado por LIC. EDINSON FADRA ARRIETA, Rector (a) y CIRCE STELLA FERIA DIAZ, Secretario (a)

Dado en Sahagún a los 10 dias del mes de Diciembre de 1997

Firmado y Sellado

Rector (a)
C.C. No. 15-041-986 S/Gún

Secretario (a)
C.C. No. 30667.314 S/Gún

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ley 52 de 1981 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

Claudia Stella Barón Montt

C.C. No. 30572409 de Sahagún - Córdoba

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

Psicólogo

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Reconocido para todos los efectos legales
RESOLUCIÓN No. 007939
MONTERÍA 04 SEP 2012
SECRETARIO(A) DE SALUD

Registro M.E.N. 21024302000110011230O

Dado en Bogotá, D.C., el día 22 del mes de Junio de 2007

Gloria C. Hernández
Rector

Decano Escuela

Acta de Grado Nº 382 Fecha 22-06-2007 Registro de Diploma Nº 33936 , Libro 10 , Folio 22

Secretario General

33598

Universidad Nacional
Abierta y a Distancia

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 382

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

En ceremonia realizada el dia 22 de Junio de 2007 en la ciudad de Sahagún y presidida por la Doctora Morly Agámez Geney, Directora del CEAD, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el titulo de:

PSICÓLOGO

REGISTRO ICFES - M.E.N 21024302000110011230O

A :

CLAUDIA STELLA BARON MONTT

Identificada con Cédula de ciudadanía No. 30572409 de Sahagún (Córd.), quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS NIÑOS(AS)DEL GRADO SEGUNDO DE LA SEDE CONCENTRACIÓN DEL NORTE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLÍVAR DEL MUNICIPIO DE SAHAGÚN CÓRDOBA

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá, D.C., a los 22 días del mes de Junio de 2007 .

Anotado en el libro de actas No.2
Registro de Diploma No. 33936 Libro 10 Folio 22

Decana Escuela

Secretaria General

FUNDACION TIERRA FIRME
NIT 823.003.933-6

La suscrita Representante Legal de la Fundación Tierra Firme

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA STELLA BARON MONTT, identificada con cédula de ciudadanía N° 30.572.409, laboró en la Fundación Tierra Firme con contrato de prestación de servicio desempeñando el cargo de **Apoyo Psicosocial**, en el marco de la ejecución del contrato de aportes 23000892023, suscrito entre la Fundación y el Instituto Colombianode Bienestar Familiar, desde 16 de Febrero de 2023 hasta el 15 de diciembre de 2023

Demostrando responsabilidad, honestidad y cumplimiento en todas las labores asignadas.

Para constancia, se firma a los (16) dias del mes de Diciembre de 2023.

María Stella Bonilla Zúñiga
Representante Legal
Fundación Tierra Firme

fundación de atención a la niñez

EL ÁREA DE GESTION HUMANA

CERTIFICA

Que **CLAUDIA STELLA BARON MONTT** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía **No.30.572.409** laboró en la **FUNDACIÓN DE ATENCIÓN A LA NIÑEZ – FAN**, desempeñándose como **Psicosocial** con un Contrato a término fijo inferior a un año

- Desde el **16 de Febrero de 2016**, hasta el **15 de Diciembre de 2016**

En constancia de lo antes mencionado extendemos la presente certificación en la ciudad de Medellín a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Diciembre del año 2016

Lyda Martinez Alonso.

LYDA MARTINEZ ALONSO
Auxiliar de Recursos Humanos

PBX 4480288 Calle 19 A N. 43 B 70
Correo: comunicaciones@fan.org.co – www.fan.org.co – Nit 890 905.179-3
Medellín Colombia
Afiliado a la Federación Antioqueña de Organismos NO gubernamentales

THE GLOBAL COMPACT

ISO 9001
icontec

FUNDACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ
"FUNDEPIN"
NIT: 900.021.409-8

CERTIFICA:

CLAUDIA STELLA BARÓN MONTT , identificado con cedula de ciudadania 30.572.409 expedida en Sahagún (Córdoba), laboro como contratista en la fundación "***FUNDEPIN***" desempeñándose como *ORIENTADORA Y CAPACITADORA GENERAL*, en los periodos comprendidos desde el 18 de septiembre del 2.010, hasta Noviembre 18 del 2.011, mediante ordene de servicio, que tenía como duración un año (1), y se le prorrogaron por dos (2) meses mas.

Dentro de sus labores pactadas en la orden de servicio eran:

- Llevar un censo de los niños de las comunidades de Sincelejo más vulnerables.
- Organizar reunones, acompañado con personal especializado en charlas de prevención y promoción infantil.
- Llevar un control y seguimiento, a los alimentos dados por la fundación a los niños.
- Capacitar a las madres lactantes.

Para mayor constancia se firma en la ciudad de Sincelejo (Sucre), a los Doce (12) dias del mes de Febrero del 2012.

Atentamente,

JULIO HELI DE ORO BENAVIDES
C.C. No. 92.519.170 de Sincelejo
Representante Legal

Dirección: M19 L20 Barrio La Selva – Cel: 3155172826 – Sincelejo (Sucre) – Colombia

fundación de atención a la niñez

UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia

Certifica que:

CLAUDIA STELLA BARON MONT

C.C. 30572409

Realizó los módulos del programa radial La Hora Fantástica, proyecto educativo de la Fundación de Atención a la Niñez, FAN, y el Instituto de Ciencias de la Salud CES.

Le confiere el título de

Cuidador de la Primera Infancia

Con una Duración de 60 horas

Medellín, Diciembre de 2017

Luz Amalia Botero M.
Directora Ejecutiva FAN

Con el apoyo de:

Diego Restrepo
Decano Facultad de Psicología CES

Fruto
Fundación Regional Unidos por un Territorio
con Oportunidad, Progreso Social y Paz
NIT. 900.113.724 - 4

Sahagún, 6 de Noviembre de 2015

Señor (a):
CLAUDIA STELLA BARON
Psicóloga CDI Familiar
Sahagún – Córdoba.

Estimado señor(a):

Por medio del presente documento, y que se le entrega en la fecha, le comunicamos que el próximo día 31 de Diciembre de 2015 finaliza el contrato de trabajo de fecha 15 de Enero de 2015, que usted celebro con esta Fundación porque la labor que se deriva de la ejecución del contrato de aportes Nº 23/2015/8 con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - Seccional Córdoba, se termina en dicha fecha por expiración de tal contrato estatal.

Por tanto, en esa data se producirá, la extinción del contrato de trabajo suscrito entre usted y nuestra Fundación.

Una vez haya finalizado su contrato, estará a su disposición en nuestras oficinas, la liquidación correspondiente.

Le rogamos firme el recibí de la copia adjunta a los únicos efectos de acreditar su notificación.

Atentamente,

Fruto
NIT 900.113.724-4

FUNDACIÓN FRUTOZ
BERTA PAULA RIVERA QUIROZ
Representante Legal

Transversal 13 No. 3 – 85 2do Piso Troncal De Occidente
Tel: 7588204 – Cel. 3226552213
Frutoz@hotmail.com

Fruto

Fundación Regional Unidos por un Territorio con Oportunidad, Progreso Social y Paz
NIT. 900.113.724 - 4

CERTIFICA:

Que la señora **CLAUDIA STELLA BARON MONTT**, identificada con Cédula de Ciudadanía N° 30.572.409 expedida en Sahagún, laboró en esta Fundación, en la Modalidad Familiar, programa del I.C.B.F. en el cargo de PSICOLOGA. Con un contrato laboral a término fijo Desde 15 de Enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015.

Mostrando buen desempeño y responsabilidad en las tareas asignadas.

Esta certificación se firma a los 5 días del mes de Enero de 2016.

Atentamente,

BERTA PAULA RIVERA QUIROZ
Representante Legal
Fundación FRUTOZ

Transversal 13 # 3-85 Troncal de Occidente
Tel 7588204 - 3226552213

ASOCIACIÓN DE BACHILLERES DE LA COMUNIDAD
PARROQUIAL SAN NICOLÁS DE TOLENTINO
NIT 800173827-7

LA ASOCIACIÓN DE BACHILLERES DE LA COMUNIDAD PARROQUIAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO

HACE CONSTAR

Que: **CALUDIA STELLA BARON MONTT** Identificada con la cedula de ciudadanía N° **30572409**, laboró como *PROFESIONAL DE APOYO EN SALUD Y NUTRICION* en esta asociación desde Noviembre 1 de 2013 hasta Octubre 31 de 2014, desarrollando actividades de planeación, asesoría, acompañamiento y monitoreo de estrategias de formación a familias y comunidad en el marco de la estrategia "De Cero a Siempre" del gobierno nacional, mostrando disposición para el trabajo individual y colectivo, cumpliendo con su labor de manera eficiente y responsable.

Se expide la presente, en el despacho del representante legal a los cuatro (04) días del mes de Noviembre del año Dos Mil catorce (2014).

OSCAR JAVIER REINO RODRIGUEZ
C.C. N° 78.741.272 de Sahagún

Dirección Carrera 13 # 10-01 CALLE LARGA
Teléfono 7588952 - 3211781710
SAHAGÚN - CORDOBA

CAMU SAN RAFAEL

Prosperidad para todos

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

HACE CONSTAR

Que, la señora CLAUDIA STELLA BARON MONTT, Identificada con C.C. 30.572.409 de Sahagun Córdoba, estuvo vinculada a la E.S.E. CAMU SAN RAFAEL por medio de contrato de Prestación de servicios N° 145 como psicóloga, en cumplimiento del objeto fortalecimiento de la salud sexual y productiva y atención integral de las infecciones y enfermedades de la transmisión sexual en el municipio del plan de la salud pública de intervenciones colectivas municipales, inicio partir del 4 septiembre hasta 31 diciembre, 26 días y 3 meses, y un valor del contrato $ 53.700.000 mlv.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado.

Dada en Sahagún el día 01 de febrero de 2013.

NEVER FARITH AYUS LOPEZ
Profesional Univ. T/H.

ESCUELA TIC FAMILIA

Fundación Telefónica Colombia y Asociación Visión Social

Certifican que
Claudia Stella Barón Montt
con Cédula de ciudadanía No. 30572409

Participó en el proyecto Escuela TIC Familia con una duración de 14 horas presenciales y ahora cuenta con competencias digitales para construir en familia la sociedad del futuro.

MARÍA JIMENA DURÁN SANÍN
Directora
Fundación Telefónica Colombia

BRIGITTE NIÑO ARÉVALO
Directora Ejecutiva
Asociación Visión Social

Sahagún, noviembre de 2017

CONECTAMOS PARA CRECER

MINTIC · Telefónica Fundación · Gobernación de Córdoba · Secretaría de Educación Córdoba · Todos por un nuevo país

LA UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
- UNAD -
CEAD SAHAGUN

CERTIFICA

Que: CLAUDIA ESTELA BARON MONTT
Cédula : 30.572.409 DE SAHAGUN

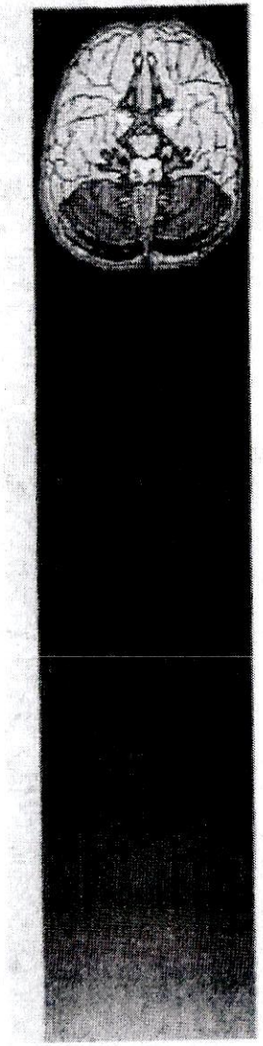
Asistió al seminario:
"Los trastornos emocionales, un reflejo de las patologías sociales"

Realizado el día 3 de Junio de 2006 con una intensidad horaria de 4 horas

Morly Agamez Geney
Directora

Diana Salgado Ruiz
Conferencista

Sahagún, Junio 3 de 2006



Universidad Cooperativa de Colombia

CERTIFICA QUE

Claudia Baron Montt

Asistió al Seminario

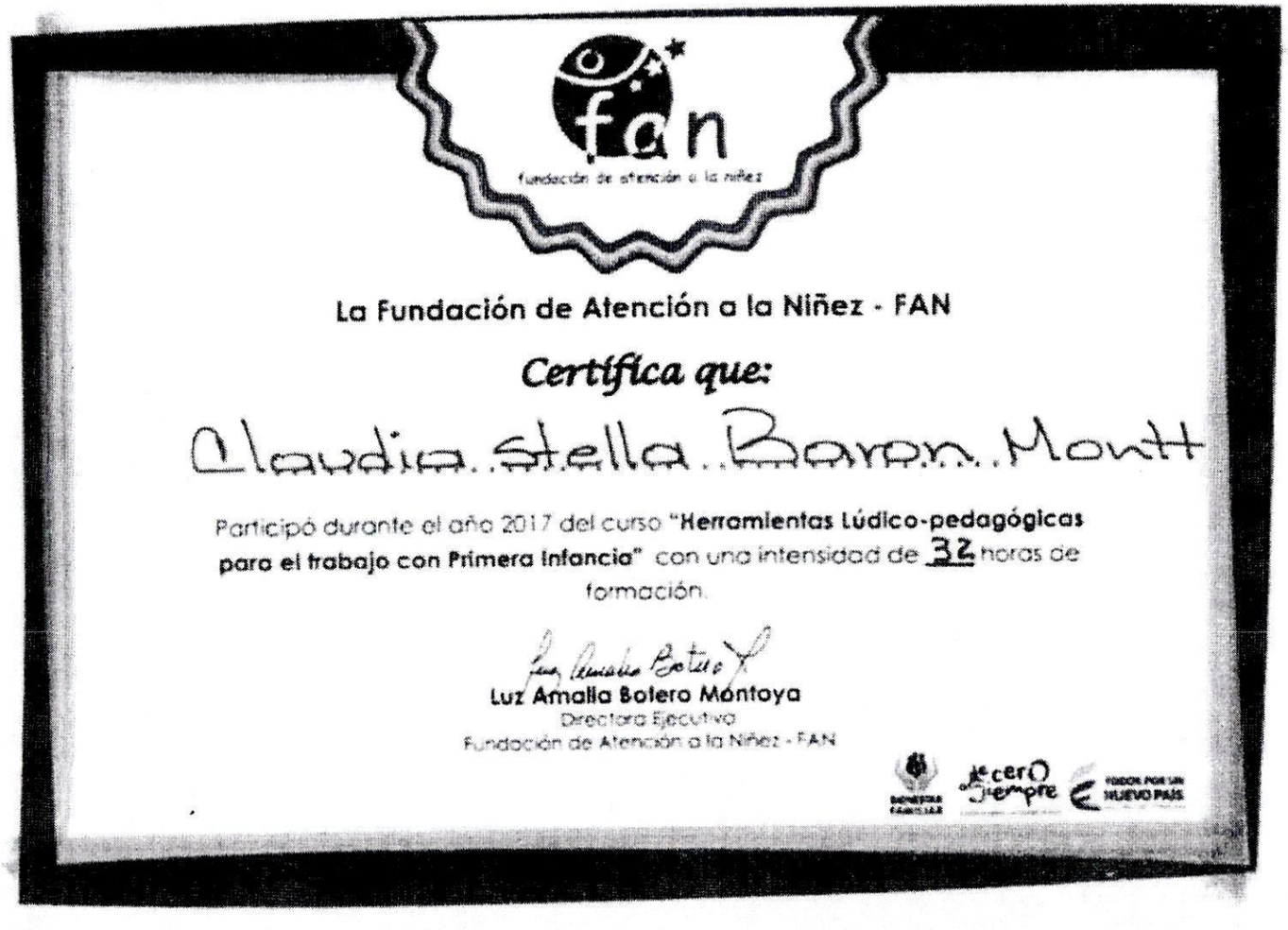
Actualización de Corrientes y Terapéuticas Psicológicas

Realizado en la ciudad de Montería, los días 9 y 10 de Mayo de 2003

IGNACIO SOTO SUÁREZ
Coordinador General

YADITH SALEME NEGRETE
Coordinadora Programa de Psicología

569



fan
Fundación de atención a la niñez

La Fundación de Atención a la Niñez - FAN

Certifica que:

Claudia Stella Baron Mont

Participó durante el año 2017 del curso **"Herramientas Lúdico-pedagógicas para el trabajo con Primera Infancia"** con una intensidad de 32 horas de formación.

Luz Amalia Botero Montoya
Directora Ejecutiva
Fundación de Atención a la Niñez - FAN

De cero a siempre

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica:

Claudia Stella Barón Montt

CC 30572409 de Sahagún- Cordoba

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resol 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022

con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2025-03-15

Fecha de vencimient: 2027-03-15

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa
Desarrollo Human
Docente Especial

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica:

Claudia Stella Barón Montt

CC 30572409 de Sahagún- Cordoba

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocion
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-03-15
Fecha de vencimient: 2027-03-15

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa
Desarrollo Human
Docente Especial

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica:

Claudia Stella Barón Montt

CC 30572409 de Sahagún- Cordoba

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

Fecha de emisión: 2025-03-15
Fecha de vencimient: 2027-03-15

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

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

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa
Desarrollo Human
Docente Especial

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica:

Claudia Stella Barón Montt

CC 30572409 de Sahagún- Cordoba

Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Comunitario - Resolución 3100 de 2019

Fecha de emisión: 2025-03-15

Fecha de vencimient: 2027-03-15

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA verifique la autenticidad de su certificado en la página www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa
Desarrollo Human
Docente Especial

Scanned with CamScanner

Universidad Nacional
Abierta y a Distancia

LA SUSCRITA DECANA DE LA ESCUELA
DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES - ECSAH

CERTIFICA QUE:

De conformidad con la Resolución Número 3461 de diciembre 30 de 2003, emitida por el Ministerio de Educación Nacional, por la cual se definen las características específicas de calidad para los programas de pregrado en Psicología y según el Acta Número 0010 del Consejo Académico, el programa de Psicología de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD tiene un énfasis de formación disciplinar y profesional en el área Social Comunitaria.

Dado en Bogotá D.C., a los veinte (20) días del mes de junio del dos mil ocho (2008).

PATRICIA RUIZ PERDOMO
DECANA ECSAH



Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Claudia Stella Barón Montt

CC 30572409

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Scanned with CamScanner

LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Médico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

Salud Ocupacional

FECHA	C.C.
MARZO/15/2026	30.572.409

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR Y PSICOMETRICO

DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	T. SANGRE
CLAUDIA STELLA BARON MONTT	ENERO/08/1974	O +

CIUDAD	EPS	EDAD	MOVIL
SAHAGUN - CORDOBA	MUTUAL SER	51 AÑOS	3043767142

EMPRESA	ENFASIS	CARGO	MUNICIPIO
CAMU SAN RAFAEL	OSTEOMUSCULAR	PSICOLOGA	SAHAGUN

DICTAMEN

RECOMENDADO PARA EL CARGO	SI	APLAZADO			
RECOMENDADO PARA TRABAJO EN ALTURA		RECOMENDADO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS		RECOMENDADO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	

PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA QUE LE APLICAN

Fenomenos naturales	Biológico	Auditivo	Visual	Físico
	Prevalente		Prevalente	Prevalente
Osteomuscular	**Psicosocial**	**Biomecánico**	**Químico**	
Prevalente	Prevalente	Prevalente		

OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTES SIN PATOLOGIA APERENTE QUE LA LIMITA PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO. PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE A AL COVID 19. 6 AUTOEXAMEN DE MAMA 7.CITOLOGIA ANUAL

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Optometria		Glicemia Basal		KOH, Coprológico, Frotis Faringeo	
Audiometria		Perfil Hepatico		Rx Columna Dinámica	
Espirometria		Test de Fobias		RX Columna Lumbosacra	
Cuadro Hemático		Electrocardiograma		Psicométrico	
Perfil Lipidico		Rx Tórax		Parcial de Orina	

LEGALIDAD

Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido plano es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.

Luis G. Aldana Otero
Médico Salud Ocupacional
L.S.O. 01252

Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Scanned with CamScanner

576

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14901910670

(415)7707212489984(8020) 000001490191067 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 0 5 7 2 4 0 9	1	Impuestos y Aduanas de Montería	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	30572409

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Córdoba 2 3	Sahagún 6 6 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARON	MONTT	CLAUDIA	STELLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Sahagún 6 6 0

41. Dirección principal: CR 14 16 42 BRR SAN ROQUE

42. Correo electrónico: baronmonticlaudia2023@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 0 4 3 7 6 7 1 4 2 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ | 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

984. Nombre: BARON MONTT CLAUDIA STELLA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 17-03-2025 12:20:01PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned with CamScanner

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 jueves 20 de febrero de 2025, a las 08:24:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	30572409
Código de Verificación	30572409250220082459

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 264855813

PIB
08:25:12
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de febrero 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) CLAUDIA STELLA BARON MONTT identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 30572409:

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 Politica 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 RODRIGUEZ MILLAN
Jefe (C) División de Relacionamiento con el Ciudadano

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:25:52 AM horas del 20/02/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **30572409**
Apellidos y Nombres: **BARON MONTT CLAUDIA STELLA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

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

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

[redacted]

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 20/02/2025 08:27:23 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **30572409 .**

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. **110922198** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 12:07:44 horas del 17/03/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **30572409**, Apellidos y Nombres **BARON MONTT CLAUDIA STELLA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE Camu San Rafael**, con NIT **812001579-2** 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

Scanned with CamScanner

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CLAUDIA STELLA BARON MONTT identificado(a) con C.C No.30.572.409, seencuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.
Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 03 de junio del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías

mutualser

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **BARON MONTT CLAUDIA STELLA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **30572409** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante.**

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE CAMU SAN RAFAEL**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**09/07/2018**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 25 de junio del 2025. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

Bancolombia

Martes, 18 de marzo de 2025

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de STELLA BARON MONTT, identificado con CC. 30.572.409, productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.° Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	09380475127	2025/03/18	ACTIVA

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345, desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Cañe Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14 Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

Bancolombia

Línea de Atención al Cliente. Bogotá: 343 00 00, Medellín 510 90 00, Cali 554 05 05, Barranquilla 361 88 88, Cartagena 693 44 00, Bucaramanga 697 25 25, Pereira 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Cañe Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co o en la dirección: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, de Medellín.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Soi

Bancolombia

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39972409
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			CLAUDIA STELLA BARON MONTT
CIUDAD/MUNICIPIO:			CORDOBA
DIRECCIÓN:	KRA 5 # 17 - 42 BARRIO SUKORNA	TELEFONO:	7896666
TIPO APORTANTE:	40-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PERSONA NATURAL	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades arquitectura y facilitadores de la ob
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTES EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

NÚMERO PLANILLA:	174697176	TIPO DE PLANILLA:					
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	MM	AÑO	AAAA	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	MM	AÑO	AAAA
DIAS DE MORA:		1							
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		RECIBO			NUMERO AUTORIZACIÓN:				

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS			FSP			MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			AMPLIACIÓN	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
23-EPS SURAMERICANA		1	$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 140.000
SUBTOTALES											$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 140.000

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR EMPRENDIMIENTO		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		SUSPENSIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR APORTE	COTIZACIÓN	VALOR APORTE	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
42-EPS	ASESORIAS MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0		$ 140.000		$ 0	$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 140.000
SUBTOTALES													$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 140.000

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD EG	LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	DÍAS NO PAGADOS	PLANILLA	VALOR			APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
46-EPS	SANITAS COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0			$ 0	$ 196.000		$ 196.000	$ 0	$ 0	$ 196.000
SUBTOTALES										$ 196.000	$ 0	$ 0	$ 196.000

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30572409
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA STELLA BARON MONTT
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAHAGUN	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	KRA 8 # 17 - 44 BARRIO	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7972942507**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1514004364		

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X																

Planilla de Baja

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 115.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 115.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8060083947	ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	$ 90.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 90.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 17.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 17.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 223.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 223.300**

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

SEGURIDAD SOCIAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39572409
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA STELLA BARON MONTT
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAHAGUN	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	KRA 8 # 17 - 44 BARRIO GUAYABAL	TELÉFONO:	7000090
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7972942507	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES mayo	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/da):	2025/05/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1514004364

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 115.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 115.500	$ 0	$ 115.500
SUBTOTALES:										**$ 115.500**	**$ 0**	**$ 115.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 90.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 90.200	$ 0	$ 0	$ 90.200
SUBTOTALES:													**$ 90.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 90.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 17.600	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 17.600
SUBTOTALES:									**$ 17.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 17.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 39572409	BARON MONTT CLAUDIA STELLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.604.000				NO	19																	231001-COLFONDOS	12	$ 721.600	$ 115.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 115.500	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	12	$ 721.600	$ 90.200	$ 0	$ 90.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	12	$ 721.600	30572409	$ 17.600	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 223.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30572409
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA STELLA BARON MONTT
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAHAGUN	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	KRA 8 # 17 - 44 BARRIO GUAYABAL	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		1748693301	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES junio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		41			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993649300

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 288.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500	$ 0	$ 288.700	$ 7.500	$ 296.200
SUBTOTALES:										**$ 288.700**	**$ 7.500**	**$ 296.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.500	$ 0	$ 5.800	$ 0	$ 225.500	$ 5.800	$ 0	$ 231.300
SUBTOTALES:													**$ 225.500**	**$ 5.800**	**$ 0**	**$ 231.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 44.000	$ 44.000	$ 1.200	$ 0	$ 45.200
SUBTOTALES:									**$ 44.000**	**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 45.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30572409
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA STELLA BARON MONTT
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAHAGUN	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	KRA 8 # 17 - 44 BARRIO GUAYABAL	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			1748696740	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/08/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993658765

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 288.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 288.700	$ 1.500	$ 290.200
SUBTOTALES:										**$ 288.700**	**$ 1.500**	**$ 290.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.500	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 225.500	$ 1.200	$ 0	$ 226.700
SUBTOTALES:													**$ 225.500**	**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 226.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 44.000	$ 44.000	$ 300	$ 0	$ 44.300
SUBTOTALES:									**$ 44.000**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 44.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

COPIA DE CONTRATO Y/O HOJA DE VIDA DE AUX. DE ENFERMERIA

No. ORDEN	OC-CSRS-040-2025
ORDENADOR DEL GASTO	E.S.E CAMU SAN RAFAEL
BENEFICIARIO DE LA ORDEN	**ANGELICA LOZANO FLOREZ**, IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 1069490990
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO: AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGUN QUE NACEN DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. SS-007-2025 CON LA GOBERACION DE CORDOBA
VALOR	**DIEZ MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($ 10.680.000.00) INCLUYE IVA**
PLAZO	DE 19/05/2025 A 19/10/2025
TIEMPO	150 DIAS MAXIMO
CDP	1001 -2025
DIRECCION DEL CONTRATISTA	CARA 11CALLE 20-32 BARRIO RENACER
CORREO	ANGELIK2021LOZANO@GMAIL.COM
TELEFONO O MOVIL	3137554296
SUPERVISOR	MARIA CAMILA NADER BULA

Entre los suscritos a saber **E.S.E. CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN**, entidad identificada con NIT 812.001.579-2, representada legalmente en esta orden por el señor **GHASSAN NADER NAME,** persona mayor de edad, residente en el municipio de Sahagún, departamento de Córdoba, identificado con la cédula de ciudadanía No. 78.759.288 expedida en Sahagún (Córdoba), obrando en su calidad de gerente y por ende Representante Legal conforme al decreto 0175 del 25 21 de marzo de 2.024, "Por medio del cual se realiza nombramiento de Gerente del CAMU SAN RAFAEL periodo 2024-2028" y acta de posesión número 16 de fecha 01 de abril de 2.024 , en ejercicio de sus funciones legales y de conformidad con la del 01 de agosto de 2.024, por medio de la cual se aprueba el Estatuto de Contratación de la Empresa Social Del Estado CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN, y quien para efectos de la presente orden se denominará LA EMPRESA, por una parte y por la otra **ANGELICA LOZANO FLOREZ**, IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 1069490990, quien en adelante se denominará **EL BENEFICIARIO DE LA ORDEN** hemos convenido celebrar la presente orden de gasto, previas las siguientes:

CONSIDERACIONES

Que esta orden se justifica en el artículo 209 de la Constitución Política y en la A-007 del 01 de agosto de 2.024, por medio de la cual se aprueba el Estatuto de Contratación de la Empresa Social Del Estado CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN; establece las disposiciones jurídicas y procedimientos que rigen la contratación al interior de la E.S.E, por lo que la orden de servicio que celebre la EMPRESA, están sometidos a dicho Manual. Lo anterior, en concordancia con el artículo 195 de la Ley 100 de 1993.

Que el estatuto de contratación A-007 de 01 de agosto de 2024 en su TITULO IV CUANTIA DE LOS CONTRATOS, MODALIDADES Y MEACNISMOS DE SELECCIÓN; en su artículo 26, parágrafo único; termina que: los de mínima cuantía podrán contratar a través de órdenes de prestación de servicios, obra, mantenimiento, suministro (o equivalentes) según objeto a contratar.

Así mismo en el artículo: 31.6 estudios previos y en su parágrafo único, decreta que: estos estudios previos no son obligatorios para aquellas órdenes de compra, de suministro, de obra o de prestación de servicios.

Entendiendo lo anterior no se realizará estudios previos y por ende no es necesario el trámite exigente de los contratos con el estudio respectivo.

En el ARTÍCULO 46.- de la A-007 de 2024. Reza: TIPOS DE CONTRATACIÓN: Las modalidades de contratación que celebre la E.S.E. CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN, son de los siguientes tipos: contratos con formalidades plenas, órdenes de prestación de servicios y órdenes de compra.

1. Contrato con formalidades plenas: Es el tipo de contrato que por regla general celebra la E.S.E., en cualquiera de las clases señaladas en el Capítulo III del título Primero del presente estatuto, y por cualquiera de las modalidades de selección señaladas en el Capítulo IV del Título Primero del presente estatuto. Con este tipo de contrato se deben observar todas las formalidades señaladas en el presente estatuto y en el manual de contratación en cada una de sus etapas.

2. Órdenes de Prestación de servicios, suministro y obra: Este tipo de contratación puede aplicarse para aquellos cuyo valor no excedan los veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes, cuando la calidad o naturaleza del bien o servicio a contratar no revista mayor complejidad, no requerirán estudios previos y se harán con un mínimo de formalidades: identificación de las partes, justificación, objeto, valor, fecha, plazo, forma de pago, Certificado de disponibilidad presupuestal y garantías si se requieren, indicación del supervisor e imputación presupuestal. No será obligatoria la suscripción de un acta de inicio, salvo cuando la ejecución inicie en fecha diferente a la de la suscripción.

3. Órdenes de Compra: No será necesaria la suscripción de un contrato y podrá celebrarse una orden de compra para la adquisición de bienes cuya cuantía sea inferior a veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Estas órdenes de comprar no requerirán estudios previos, bastará la justificación de la contratación, identificación de las partes, RUT del proveedor, el objeto, la relación de los bienes a comprar, valor unitario, IVA, fecha, Certificado de disponibilidad presupuestal.

Este documento no necesitara acta de inicio, solo bastara con la firma de las partes y su RP para iniciar la actividad contratada.

El departamento de Córdoba y la ESE CAMU SAN RAFAEL suscribieron un contrato interadministrativo No. SS-007-2025, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGUN Y CHINU.

Que la misión de E.S.E. CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN es una institución prestadora de servicios de salud pública y que la orden a celebrarse se relaciona con esta misión.
Que los contenidos del PIC, los recursos para su ejecución, la cobertura de estas y los criterios para el respectivo monitoreo y evaluación, se definirán de acuerdo con:

✓ Necesidades - problemáticas en salud de ET de acuerdo con el ASIS, SIVIGILA, PASE (tensiones
- diagnóstico participativo).
- Resultados en salud priorizados por ET en PTS y RPMS.
- Estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud.
- Competencias y responsabilidades normatividad vigente.
- Anexo Técnico de la Resolución 3280 de 20184.

De acuerdo con los lineamientos para la organización y operación de los equipos básicos en salud (EBS), definidos en la Resolución 295 de 2023, se entiende como Equipo de Salud Territorial (EST), aquella "estructura funcional y operativa básica en capacidad de ejecutar intervenciones colectivas e individuales en un territorio, conformado por un (1) médico, una (1) enfermera(o), cuatro (4) auxiliares de enfermería, un (1) líder comunitario / promotor y un (1) profesional de la salud o de área social según necesidad en salud pública y oferta del talento humano en la zona".

Este tipo de equipo tiene cobertura municipal y se financian con cargo a los recursos del SGP, subcuenta de salud colectiva y pueden articularse con los recursos del sistema de salud destinados a las actividades.

Que el departamento de Córdoba en sus estudios previos presento unos equipos básicos relacionados así: Equipo de Salud Territorial (EST)- Micro territorio Urbano

DESCRIPCION	Tiempo de ejecución del contrato	PROFESIONALES	Cantidad
Equipo de Salud Territorial (EST)- Microterritorio Rural	5	Médico General. Con experiencia profesional mínima de un (1) Año, inscrito en RETHUS.	1
	5	Profesional de Enfermería. Con experiencia profesional mínima de un (1) Año, inscrito en RETHUS.	1
	5	Psicólogo. Con experiencia profesional mínima de un (1) Año, inscrito en RETHUS.	1
	5	Auxiliares de enfermería. Con experiencia profesional mínima de un (1) Año, inscrito en RETHUS.	4

De Conformidad con el clasificador de bienes y servicios de Naciones Unidas, versión 14 del UNSPSC, consultado en la página web. www.colombiacompra.gov.co/clasificacion, el objeto a contratar se encuentra codificado así:

GRUPO	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(10) Servicios Integrales de salud	(15) Centros de salud
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(10) Servicios Integrales de salud	(17) Servicios de
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(11) — Prevención y	(15) — Prevención y control de
(F) Servicios	(85) Servicios de	(11) — Prevención y control de enfermedades.	(16) — Prevención y control de enfermedades
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(12) — Práctica médica.	(15) — Servicios de prestadores de cuidado primario.
(F) Servicios	(85) Servicios de Salud.	(12) — Práctica médica.	(22) — Servicios de valoración del estado de salud individual

La empresa considera conveniente realizar prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMARIA para las actividades relacionadas al contrato de prestación de servicios de salud **SS-007-2025 PIC ENTRE LA GOBERNACION DE CORDOBAY LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN**.

Efectuar esta clase de prestación es oportuno, sabiendo que la E.S.E CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN cuenta con la correspondiente disponibilidad presupuestal para esta serie de prioridades. Así mismo, la entidad cuenta con un plazo estipulado en el Contrato Interadministrativo **# SS-007-2025 PIC ENTRE LA GOBERNACION DE CORDOBAY LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN**.

Que existe la necesidad de contratar en el Equipo de Apoyo para desarrollo de actividades a los equipos de Salud Territorial, UN AUXILIAR DE ENFERMERIA, con una experiencia mínima de un (1) año inscrito en RETHUS.

La entidad se comunicó con: **ANGELICA LOZANO FLOREZ**, IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 1069490990 y este la entrego los documentos pertinentes y exigidos (HV), la cual llena las expectativas de la ESE.

Una vez revisada la hoja de vida del prestador y verificado cada uno de su contenido se determina que la idoneidad para las funciones a desempeñar es apta y por tal motivo se procede a realizar la orden de servicio.

Que LA EMPRESA consultó las plataformas correspondientes para verificar los antecedentes del Beneficiario de la orden de acuerdo con el certificado que forma parte del presente acto.

Que con la entrega a la E.S.E de los documentos generales solicitados, se entiende manifestada la voluntad de **ANGELICA LOZANO FLOREZ**, IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 1069490990, de ejecutar el objeto de la presente orden de servicios en los términos y condiciones indicadas en la invitación remitida a éste.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones el Gerente de la **E.S.E CAMU SAN RAFAEL** procede a realizar una orden de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes condiciones:

PRIMERA –OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO: AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGUN QUE NACEN DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. SS-007-2025 CON LA GOBERACION DE CORDOBA

SEGUNDA – VALOR: El valor total de esta orden, es por la suma de **DIEZ MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($ 10.680.000.00) INCLUYE IVA.,** valor que incluye el precio básico (costos directos e indirectos).

TERCERA - FORMA DE PAGO: **LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL– CÓRDOBA** pagará al beneficiario de la orden el valor de ésta de la siguiente manera:

Se harán cinco pagos mensualizados por valor de: DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL PESOS ($ 2.136.000.00).

PARAGRAFO: PAGO POR PORCENTAJE DE ACTIVIDADES: si el firmante de la presente orden presenta cuentas de cobro por porcentaje de cumplimiento de las obligaciones, estas se pueden pagar una vez certifique el supervisor de la presente prestación de servicios.

PARÁGRAFO PRIMERO: El pago será efectivo, previo recibido a satisfacción los servicios prestados de la presente orden. **LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL** no reconocerá, por consiguiente, ningún reajuste realizado por el **BENEFICIARIO DE LA ORDEN,** en relación con los costos, gastos o actividades adicionales que aquel requería para la ejecución de la presente orden y que fueron previsibles al momento de la presentación de la propuesta.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El pago se tramitará dentro de los cinco (05) días siguientes a la presentación de la correspondiente cuenta de cobro, factura y/o documento equivalente, y su pago efectivo estará sujeto a la disponibilidad de recursos de la E.S.E de acuerdo con su plan de Caja.

CUARTA PLAZO: El plazo para la ejecución de la orden es 150 días, contados a partir de la fecha de la firma de la orden.

QUINTA – OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO DE LA ORDEN: Para el desarrollo del objeto, el beneficiario de la orden debe cumplir las siguientes obligaciones:

DESCRIPCION	Territorio	Perfil	JORNADAS	N° de personas a intervenidas por jornada

Organizar en al micro territorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometria, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, previo a esto se debe dar una charla sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuario a las ESE del municipio para su atención.	URBANO	Enfermero y auxiliar de enfermeria.	5	20
Organizar en al micro territorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometria, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, previo a esto se debe dar una charla sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles	URBANO	Enfermero, y auxiliar de enfermeria.	3	20

en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuario a las ESE del municipio para su atención.			

SEXTA – SUPERVISIÓN DE LA ORDEN: De conformidad con la A-007 del 01 de agosto de 2.024, por medio de la cual se aprueba el estatuto de Contratación de la Empresa Social Del Estado CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGÚN, con el fin de ejercer la supervisión y el control de la presente orden, el cabal cumplimiento de las obligaciones del beneficiario de la orden y la vigilancia de la correcta ejecución técnica, administrativa y financiera del mismo, la supervisión de la orden será ejercida por parte de LA EMPRESA a través del funcionario que para tales efectos designe el Gerente de la E.S.E o quien haga sus veces, quien velará por los intereses del mismo y le corresponderán las siguientes funciones:

a) Velar por que se cumpla correctamente el objeto de la orden.
b) Supervisar el cumplimiento de las obligaciones de este y el correcto manejo de los recursos.
c) Conocer los informes de ejecución de la orden y formular sus observaciones oportunamente cuando sea el caso, así como estudiar las consultas y peticiones que efectúe el beneficiario de la orden.
d.) Emitir concepto por escrito y en forma oportuna sobre las solicitudes de adiciones o prórrogas que presente el beneficiario de la orden
e.) Requerir al beneficiario de la orden cuando prevea que no avanza en las actividades necesarias para cumplir con los plazos estipulados en el cronograma de actividades presentado (Si a ello hubiere lugar).
f) Proyectar el acta de liquidación de la orden.

SÉPTIMA – IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL El compromiso de la presente orden será asumido por **LA EMPRESA** con cargo al(los) certificado(s) de disponibilidad Presupuestal **CDP No**. 1001 **de 2.025**, expedido por el jefe de Presupuesto de LA E.S.E.

Para constancia se firma en el Municipio de Sahagún, a los 19 días del mes de mayo de 2.025.

Por parte de la **E.S.E CAMU SAN RAFAEL,** ordenador del gasto,

GHASSAN NADER NAME
GERENTE E.S.E CAMU SAN RAFAEL
ORDENADOR DEL GASTO

Manifestando su voluntad de aceptar el objeto, obligaciones y condiciones generales derivadas de la presente orden.

ANGELICA LOZANO FLOREZ
CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO: 1069490990

MARIA CAMILA NADER BULA
SUPERVISOR

Los abajo aquí firmantes declaramos que el documento cuenta con los requisitos esenciales para la orden o contrato.

	NOMBRE	EN CALIDAD DE	FIRMA	FECHA
REALIZO	ANDRES CABRALES MARTINEZ	CONTRATISTA		19/05/2025
REVISO	MARA CRITINA LEYVA SANCHEZ	JEFE DE OFICINA JURIDICA		19/05/2025

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
LOZANO	FLOREZ	ANGELICA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.069.490.990

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 30 MES 01 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CÓRDOBA

MUNICIPIO SAHAGÚN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 11 W CALLE 20 – 32 BARRIO RENACER

PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA

MUNICIPIO SAHAGÚN

TELÉFONO 313 755 4296 EMAIL matimartineslozano@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 07 AÑO 2011

EDUCACION 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	III	X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	07	2023	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ROBERTO MANUEL SALGADO GUERRA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	CHINÚ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
312 725 9998	DÍA 18 MES 10 AÑO 2024	DÍA 03 MES 05 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALVARO JAVIER FLOREZ PEREZ		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	CHINÚ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
301 2712466	DÍA 02 MES 01 AÑO 2024	DÍA 09 MES 10 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE CAMU SAN RAFAEL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	SAHAGÚN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 08 MES 07 AÑO 2023	DÍA 15 MES 07 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRACTICANTE DE ENFERMERIA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSDISALUD		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	SAHAGUN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 29 MES 06 AÑO 2023	DÍA 31 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA		