Muzo, 20 de enero del 2026

Señor
DANIEL LEONARDO ROSAS GARCIA
Gerente
ESE Hospital "Santa Ana"
Muzo - Boyacá

Asunto: PROPUESTA PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENFERMERA DE LA E.S.E PROGARMA PIC MUNICIPAL

Respetado Sr Gerente

De manera cordial me permito presentar a usted propuesta de prestación de servicios como ENFERMERIA DE LA E.S.E HOSPITAL SANTA ANA, conforme al siguiente:

ALCANCE

La propuesta tiene como fin la prestación de servicios como ENFERMERA a la E.S.E HOSPITAL "SANTA ANA" DE MUZO, a través de la modalidad de contratación de prestación de servicios independientes, en los asuntos relacionados más adelante, teniendo en cuenta la naturaleza de la entidad, y los asuntos asistenciales que son inherentes.

La oferta incluye:

- Servicios profesionales como Enfermera para la ejecución de las actividades de enfermería contempladas dentro del contrato interadministrativo No. MM-CD-CIA-SG-2026-005 celebrado entre el municipio de Muzo (Boyacá) y Empresa Social del Estado Hospital Santa Ana de Muzo - para la ejecución de las actividades programadas en el plan de acción en salud 2026, incluidas en el plan territorial de salud y el plan de intervenciones colectivas PIC del Municipio de Muzo Boyacá.

- Las demás que sean de buena fe inherentes a las obligaciones enunciadas en el numeral anterior.

VALOR, PLAZO Y FORMA DE PAGO.

El valor de la propuesta para la prestación de los servicios descritos, se detalla a continuación:

MESES	V/ MENSUAL	VALOR TOTAL	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACION
11	$ 5.200.000	$ 57.200.000	01/02/2026	31/12/2026

Que serán cancelados de acuerdo al avance en la ejecución de las actividades, previa presentación de la cuenta de cobro y constancia de cumplimiento expedida por la Gerencia o quien esta designe.

Manifiesto que, una vez aceptada la presente oferta, otorgaré las garantías que sean requeridas por parte de la E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE MUZO

Espero que la presente propuesta cumpla con las expectativas y necesidades, en consecuencia estaré atenta a cualquier requerimiento, manifestando que acojo en pleno las condiciones de la aceptación de esta oferta en razón a que las he conocido previamente.

Cordialmente,



CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO
C.C. No. 1.057.017.342
Teléfono celular 3222121462
Dirección: Calle 7A No. 1-9 Muzo - Boyacá
Anexo: Hoja de vida y soportes.

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*
Ortiz	**Bello**	**Camila Andrea**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1057017342**

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 17 MES 05 AÑO 1998

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

MUNICIPIO Muzo

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 6 # 7-12

PAÍS Colombia DEPTO Boyacá

MUNICIPIO Muzo

TELÉFONO 3222121462 EMAIL Camyortiz1705@gmail.com

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	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*
TC	3	X		Aux. de Enfermería	08	2018	2937
UN	8	X		Enfermera	07	2025	1057017342
ES	2	X		Esp. Gerencia de Instituciones de salud	08	2025	1057017342

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

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO 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*
GESTION Y SERVICIOS PROFESIONAL DE CALIDAD SAS	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Boyacá	Muzo	deissyperez@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3134582835	DÍA 01 MES 11 AÑO 2018	DÍA 31 MES 01 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Aux. de enfermería	E.S.E Hospital Santa Ana de muzo	Cra. 6, Muzo, Boyacá

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GESTION Y SERVICIOS PROFESIONAL DE CALIDAD SAS	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Boyacá	Muzo	deissyperez@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3134582835	DÍA 01 MES 06 AÑO 2020	DÍA 28 MES 02 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Aux. de enfermería	E.S.E Hospital Santa Ana de muzo	Cra. 6, Muzo, Boyacá

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SOLTEMPO SOLUCIONES TEMPORALES SAS		x	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Boyacá	Muzo	seleccion@soltempo.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3203674929	DÍA 29 MES 03 AÑO 2021	DÍA 30 MES 11 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Apoyo emision actividades de salud	Comfamiliar Huila	Muzo centro

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 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*
ESE CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Boyacá	Maripi	centrodesaludrafaelsalgado@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3202298762	DÍA 11 MES 09 AÑO 2024	DÍA 11 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Aux. de enfermería	Equipo básico en salud	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Boyacá	Maripi	centrodesaludrafaelsalgado@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3202298762	DÍA 26 MES 08 AÑO 2025	DÍA 26 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Enfermera	Equipo básico en salud	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GIMNASIO INFANTIL DA VINCI		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Bogota D.C	ligiabrocherogonzalez@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3175097232	DÍA 01 MES 02 AÑO 2024	DÍA 30 MES 11 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar general en lo niveles preescolar	Gimnasio Da Vinci	Calle 143 A # 127D - 42

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*
Aux de enfermería	1	2
Aux de enfermería	1	2
Enfermera		4

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).



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

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	2026-01-22 10:56

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CAMILA	ANDREA	ORTIZ	BELLO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1057017342

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	MUZO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	MUZO

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	MUZO

Dirección	["CARRERA 6 No 7-80"]

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 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$32.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$32.000.000,00

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	$100.000,00

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 [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

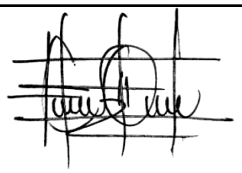
Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141131268831

(415)7707212489984(8020) 000014113126883 1

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

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 5 7 0 1 7 3 4 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Boyacá 1 5	Muzo 4 8 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	BELLO	CAMILA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Muzo 4 8 0

41. Dirección principal: BRR SANTO DOMINGO

42. Correo electrónico: camilitha1705@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 2 1 2 1 4 6 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 6 9 9	2 0 1 8 1 1 0 1						5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 27-01-2026 11:25:45AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

República de Colombia

Universidad de Boyacá

Personería Jurídica Resolución No. 6553 de 1981
Resolución No. 2910 de 16 de septiembre de 2004 - MEN

En nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que

Camila Andrea Ortiz Bello

C.C. No. 1.057.017.342 expedida en Muzo - Boyacá

Cursó todos los estudios y cumplió satisfactoriamente los requisitos establecidos por las normas legales y por la Universidad, le confiere el título universitario de:

Enfermera

En testimonio de ello le otorga el presente

DIPLOMA

Dado en Tunja el día 17 del mes de Julio de 2025

Presidente Consejo Directivo

Secretario General

Decano de la Facultad

Rector

Universidad de Boyacá
Libro de Registro No. 29
Folio No. 12160
Registro No. 24280
Diploma No. 18162

28385

Universidad de Boyacá

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2004
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 18162

En la ciudad de TUNJA el día 17 del mes de JULIO de 2025 se llevó a cabo el acto de graduación presidido por EL SEÑOR PRESIDENTE Y LA SEÑORA RECTORA en el cual la UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, autorizada para el efecto según Resolución No. 2910 del día 16 del mes de septiembre de 2004, expedida por el Ministerio de Educación Nacional, y Registro del Sistema Nacional de Información de Educación Superior - SNIES - No. 101677 y Registro Calificado No. 7190 del día 12 del mes MAYO de 2020 del Ministerio de Educación Nacional, y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

ENFERMERA

a, CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO

identificado (a) con C.C. No. 1.057.017.342 de MUZO quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Institución y las normas legales, y le otorgó el Diploma No. 18162 que lo (a) acredita como PROFESIONAL para lo cual realizó:

SEMESTRE DE GRADO: S. GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD.

calificado como APROBADO. En fe de lo anterior se firma la presente acta en la ciudad de TUNJA a los 17 días del mes de JULIO de 2025 por quienes intervinieron en esta graduación.

Libro de Registro No.29
Folio No.12160
Registro No. 24280

PRESIDENTE (A) CONSEJO DIRECTIVO

RECTOR (A)

SECRETARIO (A) GENERAL

DECANO (A) DE LA FACULTAD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO
C.C. 1.057.017.342
Universidad De Boyaca
Tunja
Fecha de Expedición Diploma: 17/07/2025
Fecha de Inscripción en Rethus: 29/07/2025

68488

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

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

www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.057.017.342**

ORTIZ BELLO

APELLIDOS

CAMILA ANDREA

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAY-1998**

MUZO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-JUN-2016 MUZO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0716300-00844569-F-1057017342-20160824 **0050**714469A 2 45706288

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 *

1057017342

Primer Nombre

CAMILA

Primer Apellido

ORTIZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1382

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-01-26→6:20:19 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1057017342	CAMILA	ANDREA	ORTIZ	BELLO	Vigente	V

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) CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO identificado(a) con CC 1057017342 registra La siguiente información:

2026-01-26→6:20:19 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2025-07-29	1057017342	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN	2018-09-26	2937	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Ent Repo
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGAN COLEC ENFER

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, Bogotá 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

Términos y condiciones



Universidad de Boyacá®

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2004
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. PG.7967

En la ciudad de TUNJA el día 21 del mes de AGOSTO de 2025 se llevó a cabo el acto de graduación presidido por EL SEÑOR PRESIDENTE (E) Y EL SEÑOR RECTOR (E) en el cual la UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, autorizada para el efecto según Resolución No. 2910 del día 16 del mes de septiembre de 2004, expedida por el Ministerio de Educación Nacional, y Registro del Sistema Nacional de Información de Educación Superior - SNIES - No. 20696 y Registro Calificado No. 21907 del día 17 del mes NOVIEMBRE de 2022 del Ministerio de Educación Nacional, y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD

a, CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO

identificado (a) con C.C. No. 1.057.017.342 de MUZO quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Institución y las normas legales, y le otorgó el Diploma No. PG.7967 que lo (a) acredita como ESPECIALISTA para lo cual realizó:

---

calificado como ---------- . En fe de lo anterior se firma la presente acta en la ciudad de TUNJA a los 21 días del mes de AGOSTO de 2025 por quienes intervinieron en esta graduación.

Libro de Registro No. 29
Folio No. 12309
Registro No. 24577

PRESIDENTE (A) CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO (A) GENERAL

RECTOR (A)

DECANO (A) DE LA FACULTAD

República de Colombia

Universidad de Boyacá

Personería Jurídica Resolución No. 6553 de 1981
Resolución No. 2910 de 16 de septiembre de 2004 - MEN

En nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que

Camila Andrea Ortiz Bello

C.C. No. 1.057.017.342 expedida en Muzo - Boyacá

Cursó todos los estudios y cumplió satisfactoriamente los requisitos establecidos por las normas legales y por la Universidad, le confiere el título universitario de:

Especialista en Gerencia de Instituciones de Salud

En testimonio de ello le otorga el presente

DIPLOMA

Dado en Tunja el día 21 del mes de Agosto de 2025

Presidente Consejo Directivo

Secretario General

Decano de la Facultad

Camilo Cuervo C.
Rector

Universidad de Boyacá
Libro de Registro No. 29
Folio No. 12309
Registro No. 24577
Diploma No. PG.7967

28687

LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI-BOYACA

CERTIFICA:

Que revisadas las carpetas contractuales que reposan en el archivo de la Oficina de Contratación durante la vigencia 2024, se evidencia que **CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO**, identificada con Cedula de ciudadanía N°. 1.057.017.342 muzo (Boyacá), como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, laboro en la Empresa Social Del estado Centro de Salud Rafael salgado de Maripi, por orden de prestación de servicios profesionales como se relacionan a continuación:

CONTRATO N°.	**2024069**
OBJETO	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD TERRITORIO TRES MICROTERRITORIO UNO PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI-BOYACA**
CONTRATISTA	**CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO**
C.C.	**1.057.017.342 Muzo (Boyacá)**
CONTRATANTE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO.**
NIT	**820.003.291 – 5**
VALOR DEL CONTRATO	**Nueve Millones de Pesos ($9.000.000) M/Cte**
PLAZO DEL CONTRATO	**Tres (03) meses.**
FECHA DE INICIO	**Once (11) de septiembre de 2024.**
FECHA DE TERMINACION	**Once (11) de diciembre de 2024.**
ESTADO DEL CONTRATO	**LIQUIDADO**

La presente se expide en Maripi Boyacá a los treinta (30) días del mes de abril del año dos mil veinticinco (2.025)

ATENTAMENTE

MARY GICELLA BRAVO RAMIREZ
Subgerente

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S - SOLTEMPO

CERTIFICA:

Que la señora **CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO,** identificada con cédula de ciudadanía No**. 1057017342 MUZO-BOYACA** ingresó a prestar los servicios en **SOLTEMPO S.A.S.** mediante contrato temporal **(POR EL TERMINO DE LA DURACION DE OBRA O LABOR DETERMINADA**) a partir del día (29) de marzo de 2021 hasta el día (10) de agosto de 2021 desempeñando el cargo **APOYO EN MISIÓN EN ACTIVIDADES DE SALUD**, en misión para el incremento temporal y ocasional en la empresa la empresa **COMFAMILIAR HUILA- AGENCIA BOYACA.** Devengando un salario $ 917.304, más auxilio de trasporte.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada a los diez (10) de agosto del año dos mil Veintiuno (2021).

YESICA ALEJANDRA SOGANO SILVA
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

Proyecto:
ANA MARIA ANDRADE REYES
PROFESIONAL TALENTO HUMANO



Neiva-Huila Calle 8 N°. 10-27 Altico
Teléfonos 8722088 8715330
Móvil 3214930729 / 3173654499
E-mail: Gerencia@soltempo.com
Administrativa@soltempo.com

Gimnasio Infantil Da Vinci

EDUCACIÓN GENIAL

Aprobación Oficial 2344/02-07/2008

LA SUSCRITA DIRECTORA DEL GIMNASIO INFANTIL DA VINCI CON APROBACION OFICIAL SEGÚN EL MINISTERIO DE EDUCACION No 2344 DEL 02-07-2008 NIT 39 630 257-0

CERTIFICA

Que la señorita Camila Andrea Ortiz Bello identificada con C.C.No 1.057 017 342 de Muzo, durante el periodo comprendido del 01 de febrero del 2024 hasta el 30 de noviembre del mismo año, laboro en esta Institución desempeñando el Cargo de Auxiliar general en los niveles de preescolar, además de prestar sus servicios en atención de primeros auxilios a los niños de la institución.
Destacamos su compromiso y responsabilidad en todas las labores asignadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los trece días del mes de enero del año Dos Mil Veinticinco (13-01-2025)

Ligia Brochero Gonzalez
Directora

EDUCliC

Tu ventana al conocimiento

NIT: 901560863

CERTIFICA QUE

CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO

IDENTIFICADO(A) CON C.C. 1057017342

Asistió al Curso Avanzado de :

SOPORTE CARDIOVASCULAR -ACLS-

Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 18/08/2025 , LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Hernando Enrique Cortes Burgos
GERENTE

Hernando Enrique Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE SALUD.

EDUCliC

Tu ventana al conocimiento

NIT: 901560863

CERTIFICA QUE

CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO

IDENTIFICADO(A) CON C.C. 1057017342

Asistió al Curso Básico de :

CÓDIGO VERDE -CV

Con una intensidad horaria de 48 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 21/01/2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Hernando Enrique Cortes Burgos
GERENTE

Hernando Enrique Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE SALUD.

EDUCliC

Tu ventana al conocimiento

NIT: 901560863

CERTIFICA QUE

CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO

IDENTIFICADO(A) CON C.C. 1057017342

Asistió al Curso Básico de :

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS - AQS

Con una intensidad horaria de 48 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 21/01/2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Hernando Enrique Cortes Burgos
GERENTE

Hernando Enrique Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE SALUD.

EDUCliC

Tu ventana al conocimiento

NIT: 901560863

CERTIFICA QUE

CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO

IDENTIFICADO(A) CON C.C. 1057017342

Asistió al Curso Básico de :

HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD -HSS-

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 10/09/2024 , LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Hernando Enrique Cortes Burgos
GERENTE

Hernando Enrique Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE SALUD.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 289965069

PIB
18:03:15

Bogotá DC, 26 de enero del 2026

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) CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1057017342:

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 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.

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 lunes 26 de enero de 2026, a las 18:04:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1057017342
Código de Verificación	1057017342260126180445

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

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, 26/01/2026 06:06:01 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1057017342** y Nombre: **CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO.**

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. **133519610** . 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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 06:07:30 PM horas del 26/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1057017342**
Apellidos y Nombres: **ORTIZ BELLO CAMILA ANDREA**

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

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 1057017342 **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 26/01/2026 06:13 PM

Código Verificación: **TW729UBEPD**

Válida hasta: **26/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:19:03 horas del 26/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1057017342,** Apellidos y Nombres **ORTIZ BELLO CAMILA ANDREA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital Santa Ana de Muzo**, con NIT **800254850-5** 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

IPS SERMEDI
Salud y Bienestar a su alcance

IPS SERMEDI SERVICIOS MÉDICOS SAS
NIT: 901396095-7
Dirección: Calle 68 a Sur # 48D - 53
Cel: 310 287 6212- 300 656 4757
www.ipssermedi.com
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16,058

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓNDELEXÁMEN				TIPODEEXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ESE Hospital Santa Ana de Muzo	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ORTIZ BELLO| CAMILA ANDREA	FEMENINO	27 AÑOS 8 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1057017342 (Número)

Cargo
ENFERMERA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: **NO APLICA**

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		HÁBITOS SALUDABLES
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ JAIR

R. M.: 17223 **L.S.O.:** 11200

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ORTIZ BELLO| CAMILA ANDREA

CC: 1057017342

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.057.017.342**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2026.

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.

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 1057017342
Nombres:	CAMILA ANDREA ORTIZ BELLO
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2022-08-16
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	BOYACA MUZO

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el 2026-01-26 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-02-25

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud