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
VANEGAS	PACHON	JENNY MARITZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 20500396	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES 09 AÑO 1982

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 10 13 59 Interior 5 / Piso 2

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO VILLA DE SAN DIEGO DE

TELÉFONO 3107686046 EMAIL psi.jennyvanegas@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2003

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	05	2019	202452

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4 IDIOMAS

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

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

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: ESE CENTRO DE SALUD			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: CUCUNUBÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6018580128	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	20	Mes	10	Año 2025	Día	19	Mes	01	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1684 2002 PSICOLOGA	DEPENDENCIA: ACCIONES EN SALUD PÚBLICA					DIRECCIÓN: CARRERA 4 4 61					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: ESE CENTRO DE SALUD			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: CUCUNUBÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6018580128	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	04	Mes	04	Año 2025	Día	28	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1684 2002 PSICOLOGA	DEPENDENCIA: ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN: CARRERA 4 4 61					

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 - CUCUNUBA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* CUCUNUBÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6018580128	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	09	*Año* 2024	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1117/2010 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* PIC CONCURRENCIA DEPARTAMENTAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 4 61						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LENGUAZAQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* LENGUAZAQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 3 10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6018552569	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1117/2010 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* APS / PIC					*DIRECCIÓN* CALLE 6 4 93						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8553763	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	28	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ESE- PIC					*DIRECCIÓN* - Carrera 4 N° 5-44						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8553763	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	03	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ESE- PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 - 5 44 Carrera 4 # 5-44						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	05	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESE- PIC					*DIRECCIÓN*						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8552569	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	03	*Año* 2020	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC					*DIRECCIÓN* CALLE 6 4 63						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	03	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 4 93						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CEPALADI			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* CHIQUINQUIRÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3115329815	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	08	*Año* 2018	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 13 12 58						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE UBATE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3138685573	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	02	*Año* 2018	*Día*	19	*Mes*	08	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 11 90						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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:
AREA 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	2	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	7
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 Cucunubá, enero 26 de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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	OTRO	Fecha de publicación	2026-01-26 15:12

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JENNY	MARITZA	VANEGAS	PACHÓN

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	20500396

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ

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	CENTRO DE SALUD - CUCUNUBA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	CUCUNUBÁ

Dirección	["CRA. 4 No. 4 - 61 Cucunubá"]
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	$26.239.992,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$26.239.992,00

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	$10.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
VEHICULO	$15.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LEONEL		TORRES	GARCÍA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 79894359

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:

Acta de Grado

Instituto Integrado La Sabiduría

Carrera 4A No. 14A-06/08 Ubaté - Cundinamarca
Jornada Diurna Sabatina

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
Resolución No. 001354 de Noviembre 24 de 1999
Reglamentado por el Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997

En la ciudad de Ubaté, Cundinamarca, a los cinco (5) días del mes de diciembre de 2003, se reunió el Consejo Directivo presidido por la Rectora y Secretaria Académica, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del CICLO SEXTO de la Educación Media Académica de Adultos del Instituto Integrado la Sabiduría de Ubaté, Institución autorizada para prestar el servicio de Educación BÁSICA Y MEDIA Formal de adultos en la modalidad Académica con jornada diurna sabatina, semipresencial, aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca Resolución No. 001354 del 24 de Noviembre de 1999, reglamentado por el M.E.N. Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997.

Comprobada la idoneidad Académica, las aptitudes de formación y la situación legal de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los ciclos lectivos especiales integrados de la Educación Media Académica de Adultos, se procedió a otorgar el título de BACHILLER, al graduando cuyos nombres apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación.

JENNY MARITZA VANEGAS PACHÓN
C.C. 20.500.396 Cajicá

Es fiel copia del Acta General de Graduación No. 012 de fecha 05 de Diciembre de 2003 consta de 33 alumnos graduados, que comienza con el Nombre de (Arismendi Ruiz Alexander Antonio y cierra con el nombre de Vargas Pachón Wilson Fernando).

Firmada y sellada por Blanca Adela Malaver de Romero, Rectora, y Laura Angélica Romero Malaver, Secretaria Académica, en representación del Consejo Directivo.

Dada en Ubaté, Cundinamarca a cinco (05) días del mes de Diciembre de 2003.
En constancia se firma la presente por quienes intervinieron el cumplimiento a lo ordenado por el Artículo 11 Decreto 1860 de 1994.

INSTITUTO INTEGRADO LA SABIDURIA UBATE RECTORIA

Lic. Blanca Adela Malaver de Romero
Rectora
C.C. No. 21.056.194 de Ubaté

INSTITUTO INTEGRADO LA SABIDURIA UBATE SECRETARIA

Laura Angélica Romero Malaver
Secretaria Académica
C.C. No. 39.743.578 de Ubaté

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

Instituto Integrado La Sabiduría

Ubaté - Cundinamarca

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
Resolución No. 001354 del 24 de Noviembre de 1999 y reglamentado por el
Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997

Confiere a

Jenny Maritza Vanegas Pachón

C.C. 20.500.396 Cajicá

El Título de

Bachiller

Por haber cumplido y finalizado satisfactoriamente los Ciclos Lectivos Especiales Integrados de la Educación Media Académica de Adultos decreto 3011 de 1997, Ley 115 de 1994, Decreto 1860 de 1994 y Decreto 2343 de 1996

Rectora

Secretaria

Registro Interno Acta No. 012 Folio No. 15

"No requiere registro - decreto No. 921 del 5 de mayo de 1994" expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Dado en Ubaté el día 05 de diciembre de 2003

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 3486

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

El día 24 de Julio de 2019 en la ciudad de Zipaquirá, la Doctora Mercedes Rojas Salcedo, Directora del CENTRO ZIPAQUIRÁ, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

PSICÓLOGA

REGISTRO ICFES - M.E.N. 3274

A:

JENNY MARITZA VANEGAS PACHON

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 20500396 de Cajicá, quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

OPCIÓN DE GRADO: DIPLOMADO DE PROFUNDIZACIÓN PARA GRADO EN ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN ESCENARIOS DE VIOLENCIA, LA IMAGEN Y NARRATIVA COMO HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE PSICOSOCIAL EN ESCENARIOS DE VIOLENCIA. DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA Y TOLIMA

Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá D.C., a los 24 días del mes de Julio de 2019.

Anotado en el libro de actas No. 10
Registro de Diploma 98089, Libro 22, Folio 20

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Decana

Secretaria General

Código Seguro de Verificación: nZiAn06rZmhGmXLd

COPIA DIGITAL AUTÉNTICA

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

JENNY MARITZA VANEGAS PACHON

Cédula de Ciudadanía Nº. 20500396 de Cajicá

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

PSICÓLOGA

Dado en Bogotá D.C., el día 24 de Julio de 2019

COPIA - DIGITAL AUTÉNTICA

Rector

Decana

Secretaria General

Acta de Grado Nº 3486
Fecha 24 de Julio de 2019
Registro de Diploma 98089
Libro 22, Folio 20

Registro M.E.N. 3274

Código de Seguridad: 2102-AA-037960

Código Seguro de Verificación: XUa1fKNZ0uRyb7b1



Colegio Colombiano de Psicólogos

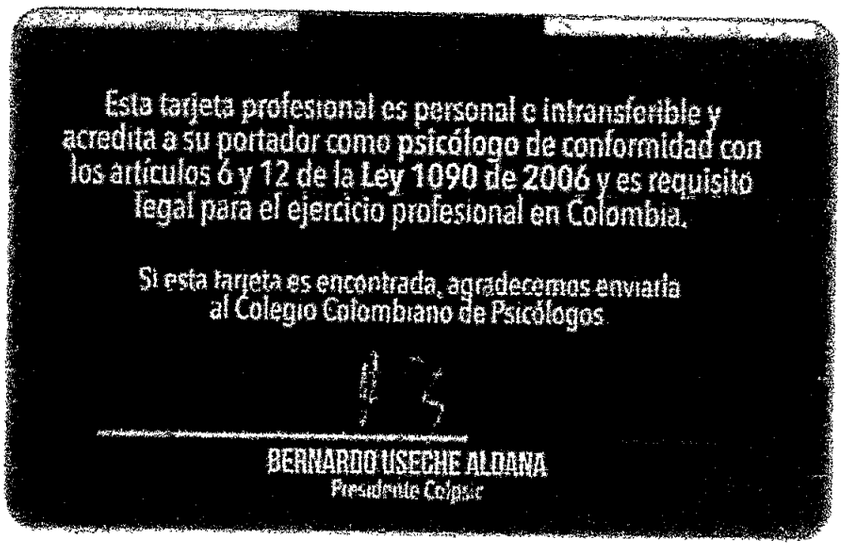
NO. 202452

TARJETA PROFESIONAL
DE PSICÓLOGO
LEY 1090 DE 2006

JENNY MARITZA VANEGAS
PACHON
C.C. 20500396

EXPEDIDA: 22/10/2019

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Esta tarjeta profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como psicólogo de conformidad con los artículos 6 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

Si esta tarjeta es encontrada, agradecemos enviarla al Colegio Colombiano de Psicólogos

BERNARDO USECHE ALDANA
Presidente Colpsic

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Jenny Maritza Vanegas Pachón

CC 20500396 de Cajicá - Cundinamarca

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

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

FUNDACIONNUESTRA SEÑORADELAESPERANZA

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 76976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Jenny Maritza Vanegas Pachón

CC 20500396 de Cajicá - Cundinamarca

izó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -20
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-13
Fecha de vencimiento: 2026-08-13

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 Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CENTRO LATINOAMERICANO DE EDUCACIÓN SOCIAL

EDUCACIÓN VIRTUAL PARA EL FUTURO

FUNDACIÓN CENTRO LATINOAMERICANO DE EDUCACIÓN SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
VIGILADA POR LA SECRETARIA JURÌDICA DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÀ
NIT: 901.397.772-1

Hace constar que:

JENNY MARITZA VANEGAS
identificada con C.C 20500396

Asistió y participó en el :

Diplomado en Atención a Victimas de Violencia Intrafamiliar

Con una intensidad horaria de 80 horas

Registrado en el Libro de Actas N° ABC003

Bogotá, 24 de Junio del 2021

@CLAEDSOCIAL
Fundación Centro Latinoamericano de Educación Social
CONSTANCIA

DANIEL MIRANDA
Director

DANIEL MORENO
Secretario

Es una constancia de asistencia a un curso de formación complementaria, no constituye título de aptitud ocupacional,para consultar la AUTENTICIDAD de la presente constancia puede escribir al correo de notificaciòn claeducacionsocial2020@gmail.com.

Universidad del
Rosario

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y EDUCACIÓN CONTINUA - CONSULTORÍA

Otorgan el presente

Certificado a:

JENNY MARITZA VANEGAS PACHON

Nº 20500396

Por su asistencia y participación en el ***TALLER SOBRE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO,*** *realizado el 5 de septiembre de dos mil veinte (2020), con una intensidad de seis (6) horas académicas.*

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los cinco (5) días del mes de septiembre de dos mil veinte (2020).

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO H.
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895
Vigilada por el Ministerio de Educación Nacional
Código 5573-6

SERPRODUCTIVO
Pensando En tu Éxito
NIT 85468731-4

La Organización

Ser Productivo

Certifica que:

Jenny Maritza Vanegas Pachon

C.C. 20.500.396

Asistió al Seminario – Taller

Manejo de Adicciones

Tratamiento Cognitivo Conductual

Con una intensidad de 12 horas

Dado en Bogotá a los 8 días del mes de marzo del 2020

Mg. Anggy Cuadros
Docente

SERPRODUCTIVO
Pensando En tu Éxito
NIT 85468731-4

Yenny Cabra
Coordinadora

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No A11978 del día 13 del mes de Abril del año 2020
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión/ocupación en el Territorio Nacional.
LA SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) JENNY MARITZA VANEGAS PACHON Identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 20500396, solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión/ocupación PSICOLOGIA otorgado por UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD, el día 2019-07-24, con el acta 3486, registrado en el libro 22, Folio 20, año 2019.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a JENNY MARITZA VANEGAS PACHON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 20500396, para ejercer la profesión/ocupación de PSICOLOGIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: JENNY MARITZA VANEGAS PACHON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 20500396, quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

ARTÍCULO TERCERO: Notifíquese electrónicamente el contenido de la presente Resolución a JENNY MARITZA VANEGAS PACHON , identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 20500396, o a quien haga sus veces, haciéndole saber que, contra la misma sólo procede el recurso de reposición ante esta Dirección, el cual deberá interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación electrónica, por medio de la plataforma virtual mediante la cual se llevó a cabo el trámite inicial o por escrito.

NOTIFIQUESE, Y CÚMPLASE Dada en Bogotá, D.C. a los 13 días del mes de Abril del año 2020

Subdirector (a) Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud (E).
Código de verificación: LuldPlxzNj

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-01-26--4:12:45 PM

CC	20500396	JENNY	MARITZA	VANEGAS	PACHON	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) JENNY MARITZA VANEGAS PACHON identificado(a) con CC 20500396 registra La siguiente información:

2026-01-26--4:12:45 PM

Información Académica

UNV	Local	PSICOLOGIA	2020-04-13	11978	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

LA SUSCRITA SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

La E.S.E. CENTRO DE SALUD CUCUNUBA, es un establecimiento público del nivel Municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa de acuerdo con el artículo 194 de la Ley 100 de 1993.

El artículo 2.5.3.8.4.3.2., del decreto 780 de 2016, establece que *"el Régimen jurídico de los contratos, de una Empresa Social del Estado, se aplicará con sujeción a las normas del Derecho Privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia. Sin embargo, de conformidad con lo establecido en el numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1993. Las Empresas Sociales del Estado podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública"*

El Contrato de Prestación de Servicios del Talento Humano en salud es defino por:

- *El Decreto Ley 2400 de 1968, Art. 2 (modificado por el art. 1 del Decreto Nacional 3074 de 1968): Para el ejercicio de funciones de carácter permanente se crearán los empleos correspondientes, y en ningún caso, podrán celebrarse contratos de prestación de servicios para el desempeño de tales funciones.*
- *El art. 32 de la Ley 80 de 1993, dispone que las entidades estatales podrán celebrar contratos de prestación de servicios para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad, siempre que NO PUEDAN REALIZARSE CON PERSONAL DE PLANTA o requiera de conocimientos especializados.*
- *La sentencia C-614 de 2019 estudió el alcance del Decreto 2400 de 1968, concluyendo que "El contrato de prestación de servicios es una modalidad de vinculación con el estado DE TIPO EXCEPCIONAL que se justifica constitucionalmente si es concebida como un instrumento para atender funciones OCASIONALES que son aquellas que no hacen parte del "GIRO ORDINARIO" de las labores encomendadas a la entidad o que, siendo parte de ellas, no pueden ejecutarse con empleados de planta o requieren de conocimientos especializados; vinculación que en ningún caso debe llevar subordinación.*

Que revisados los expedientes contractuales en el área de contratación de la ***E.S.E CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA – CUNDINAMARCA****, se encontró que la Señora* ***JENNY MARITZA VANEGAS PACHON****, identificada con la cédula de ciudadanía No. 20.500.396 de Cajicá, celebró con la E.S.E. el siguiente contrato de prestación de Servicios:*

	No. CONTRATO	OBJETO	PLAZO	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	VALOR CONTRATO
1	071-2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE OBRA LABOR DE APOYO A LA GESTION COMO JEFE DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DE ACUERDO CON EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS) DISEÑADO PARA EL AÑO 2025 EN EL MUNICIPIO DE CUCUNUBA, ESPECIFICADAS EN EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 110-03-02-	8 MESES Y 25 DIAS	04/04/2025	28/12/2025	$ 20.240.000

		085-2025-CD-CINT DE 2025, CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE CUCUNUBA Y LA ESE CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA.				
2	120-2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO PSICOLOGA DEL EBS # 2 RURAL MICROTERRITORIOS (PEÑAS SECTOR MORTIÑO, PEÑAS SECTOR MONTAÑA, PEÑAS SECTOR EL VOLADOR, ALTO DE AIRE), PARA FACILITAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS E INTERVENCIONES EN EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN Y CONTRIBUIR A LA GARANTÍA DE LAS ATENCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN TODOS LOS ENTORNOS, DENTRO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD – APS EN EL MUNICIPIO DE CUCUNUBÁ – CUNDINAMARCA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCION 1010 DEL 23 DE MAYO DEL 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.	2 MESES	20/10/2025	19/12/2025	$ 6.000.000

Dada en Cucunubá - Cundinamarca a los quince (15) días del mes de enero de 2026

KAREN LORENA VELASQUEZ PACHON
Subgerente E.S.E Centro de Salud Cucunubá

EL SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

La **E.S.E. CENTRO DE SALUD CUCUNUBA**, es un establecimiento público del nivel Municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa de acuerdo con el artículo 194 de la Ley 100 de 1993.

El artículo 2.5.3.8.4.3.2., del decreto 780 de 2016, establece que *"el Régimen jurídico de los contratos de una Empresa Social del Estado, se aplicará con sujeción a las normas del Derecho Privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia. Sin embargo, de conformidad con lo establecido en el numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, Las Empresas Sociales del Estado podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública"*

El Contrato de Prestación de Servicios del Talento Humano en salud es defino por:

- *El Decreto Ley 2400 de 1968, Art. 2 (modificado por el art. 1 del Decreto Nacional 3074 de 1968): Para el ejercicio de funciones de carácter permanente se crearán los empleos correspondientes, y en ningún caso, podrán celebrarse contratos de prestación de servicios para el desempeño de tales funciones.*
- *El art. 32 de la Ley 80 de 1993, dispone que las entidades estatales podrán celebrar contratos de prestación de servicios para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad, siempre que NO PUEDAN REALIZARSE CON PERSONAL DE PLANTA o requiera de conocimientos especializados.*
- *La sentencia C-614 de 2019 estudió el alcance del Decreto 2400 de 1968, concluyendo que "El contrato de prestación de servicios es una modalidad de vinculación con el estado DE TIPO EXCEPCIONAL que se justifica constitucionalmente si es concebida como un instrumento para atender funciones OCASIONALES que son aquellas que no hacen parte del "GIRO ORDINARIO" de las labores encomendadas a la entidad o que, siendo parte de ellas, no pueden ejecutarse con empleados de planta o requieren de conocimientos especializados, vinculación que en ningún caso debe llevar subordinación.*

*Que revisados los expedientes contractuales en el área de contratación de la **E.S.E CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA – CUNDINAMARCA**, se encontró que la Señora **JENNY MARITZA VANEGAS PACHON**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 20.500.396 de Cajicá, celebro con la E.S.E. el siguiente contrato de prestación de Servicios:*

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	103-2024
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ENTORNO ESCOLAR COMO PSICOLOGA PARA LA EJECUCIÓN JORNADAS DE SALUD EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, DE LAS RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Y LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA CON LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA.
CONTRATISTA	JENNY MARITZA VANEGAS PACHON
IDENTIFICACION	C.C. No. 20.500.396 de Cajicá
DIRECCION	CARRERA 4 No. 6-16 UBATE
TELEFONO	3107686046
VALOR	VEINTICINCO MILLONES SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS MCTE ($25.078.670.00)

	E.S.E. CENTRO DE SALUD CUCUNUBÁ	
	FORMATO DE COMUNICACIONES ESCRITAS	
	MACROPROCESO DE APOYO	
	PROCESO DE GESTION DE TECNOLOGIAS	
	SUBPROCESO DE INFORMACION Y COMUNCIACIONES	
	Código: TICS-F116 | Versión: V02-2024 | Página:	

PLAZO	TRES (3) MESES Y OCHO (8) DIAS
FECHA DE INICIO	19 DE SEPTIEMBRE DE 2024
ADICION	0
PRORROGA	0
FECHA DE TERMINACION	VEINTISEIS (26) DE DICIEMBRE DE 2024

EL CONTRATISTA se obligó para con la E.S.E. CENTRO DE SALUD CUCUNUBA, a ejecutar el objeto contractual de acuerdo con su propuesta y los documentos de acreditación e idoneidad que formaron parte integral del contrato de PRESTACION DE SERVICIOS (Reposa en los expedientes contractuales), con plena autonomía e independencia, desarrollando las *OBLIGACIONES ESPECIFICAS EN EL CONTRATO:*

ACTIVIDAD	CUPS	EVIDENCIA	INDICADOR DE PRODUCTO	CANTIDAD	No. DE ACTIVIDADES MENSUALES
Realizar proceso educativo para el desarrollo de actividades de autocuidado en los grados priorizados de la institución educativa asignada, para generar hábitos que promuevan bienestar en relación con la higiene personal, alimentación saludable, ejercicio físico, descaso y sueño, gestión del estrés, relaciones sociales, uso adecuado del tiempo libre.	111412 EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	Informe de Actividades PIC – Código: M-PDS-GSP-FR-029 Listados de asistencia formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 en medio físico y en Excel, formato de consolidación en Excel. Registro fotográfico	Número de docentes informados	8	2 primera entrega 2 segunda entrega 2 tercera entrega 2 cuarta entrega
Realizar proceso educativo para la prevención de consumo de tabaco, vapeadores, cigarrillos electrónicos, en el marco de la estrategia Instituciones educativas libre de humo, en los grados priorizados, de la institución educativa asignada.	111412 EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	Informe de Actividades PIC – Código: M-PDS-GSP-FR-029 Listados de asistencia formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 en medio físico y en Excel, formato de consolidación en Excel. Registro fotográfico	Número de escolares educados	8	2 primera entrega 2 segunda entrega 2 tercera entrega 2 cuarta entrega
Desarrollar sesiones de escuela de padres relacionada con el fomento de los hábitos y estilos de vida saludables actividades de autocuidado en los grados priorizados de la institución educativa asignada, para generar hábitos que promuevan bienestar en relación con la higiene personal, alimentación saludable, ejercicio físico, descaso y sueño, gestión del estrés, relaciones sociales, uso adecuado del tiempo libre y prevención de consumo de tabaco, vapeadores, cigarrillos electrónicos, en el marco de la estrategia Instituciones educativas libre de humo. Con los padres de familia de la institucional educativa asignada.	110412 INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	Informe de Actividades PIC – Código: M-PDS-GSP-FR-029 Listados de asistencia formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 en medio físico y en Excel, formato de consolidación en Excel. Registro fotográfico	Número de escolares educados	4	1 primera entrega 1 segunda entrega 1 tercera entrega 1 cuarta entrega
Realizar identificación y notificación de los casos de eventos de interés en salud pública. Realizando seguimiento y activación del protocolo y ruta de atención integral	110102 INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA SANA CONVIVENCIA Y EL TEJIDO SOCIAL	Informe mensual	Número de escolares educados	4	1 primera entrega 1 segunda entrega 1 tercera entrega 1 cuarta entrega

ACTIVIDAD	CUPS	EVIDENCIA	INDICADOR DE PRODUCTO	CANTIDAD	No. DE ACTIVIDADES MENSUALES
Realizar seguimiento y acompañamiento a los casos identificados de interés en salud pública y de protección de la salud mental, brindando primeros auxilios psicológicos (para el profesional en psicología realizar intervención breve, para profesional de enfermería realizar plan de cuidado) Con el debido diligenciamiento consentimiento informado.	I11109 EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA	2 Informes mensuales de Registro Intervención o Plan de cuidado 2 Informes mensuales de Bitácora de intervenciones 2 Informes mensuales de Base de canalización	Número de escolares educados	8	2 primera entrega 2 segunda entrega 2 tercera entrega 2 cuarta entrega
Realizar sesiones de manejo adecuado de redes sociales y dispositivos electrónico en los niños, niñas y adolescentes, estrategias de control parental prevención de ciber acoso. En padres de familia.	I10109 INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA	Informe de Actividades PIC – Código: M-PDS-GSP-FR-029 Listados de asistencia formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 en medio físico y en Excel, formato de consolidación en Excel. Registro fotográfico		4	1 primera entrega 1 segunda entrega 1 tercera entrega 1 cuarta entrega
Realizar sesiones de fomento del dialogo y comunicación asertiva en la familia, con padres de familia y profesores.	I10103 INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA	Informe de Actividades PIC – Código: M-PDS-GSP-FR-029 Listados de asistencia formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 en medio físico y en Excel, formato de consolidación en Excel. Registro fotográfico	Número de escolares educados	4	1 primera entrega 1 segunda entrega 1 tercera entrega 1 cuarta entrega
Realizar proceso educativo en derechos sexuales y reproductivos en los grados priorizados de la institución educativa asignada en el marco de la estrategia piensa y actúa positivamente.	I11207 EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EQUIDAD DE GENERO	Informe de Actividades PIC – Código: M-PDS-GSP-FR-029 Listados de asistencia formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 en medio físico y en Excel, formato de consolidación en Excel. Registro fotográfico	Número de escolares educados	12	3 primera entrega 3 segunda entrega 3 tercera entrega 3 cuarta entrega
Educar en derechos sexuales y derechos reproductivos y proyecto de vida a estudiantes de primaria y bachillerato, Vivencia de la sexualidad: Componentes y funciones. 2. Toma de decisiones propias, con enfasis en autonomía sexual y reproductiva; elección de compañeros (as) sexuales, inicio y postergación de relaciones sexuales. En los grados priorizados de la institución educativa asignada.	I11207 EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EQUIDAD DE GENERO	Informe de Actividades PIC – Código: M-PDS-GSP-FR-029 Listados de asistencia formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 en medio físico y en Excel, formato de consolidación en Excel. Registro fotográfico	Número de escolares educados	8	2 primera entrega 2 segunda entrega 2 tercera entrega 2 cuarta entrega
Desarrollar sesiones de sensibilización de prevención de abuso sexual muy activación de ruta, en estudiantes de primaria y bachillerato, profesores y padres de familia.	I10202 INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS POR RAZONES DE GENERO Y VIOLENCIAS SEXUALES	Informe de Actividades PIC – Código: M-PDS-GSP-FR-029 Listados de asistencia formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 en medio físico y en Excel, formato de consolidación en Excel. Registro fotográfico	Número de escolares educados	4	1 primera entrega 1 segunda entrega 1 tercera entrega 1 cuarta entrega
Realizar mesas de trabajo conjunto y articulado con docentes, directivos docentes y consejo directivo en la semana de desarrollo institucional entre el 02 y el 06 de diciembre presentando informe de los temas abordados en el periodo de ejecución, incluyendo actividades.	I10101 INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL	Listado de asistencia Actas de reunión socialización Registro fotográfico	Número de docentes y padres de familia participante s	5	5 quinta entrega

ACTIVIDAD	CUPS	EVIDENCIA	INDICADOR DE PRODUCTO	CANTIDAD	No. DE ACTIVIDADES MENSUALES
resultados obtenidos y trabajar propuesta de intervención para el año 2025.					
Realizar entrega de informe final, material y documentos a la IED y Gobernación de Cundinamarca sobre memorias, instructivos, manuales, entregables y demás inherentes que permitan visibilizar el abordaje realizado con la comunidad educativa. Incluir en los documentos entregables objetivos generales, específicos, justificación, aprendizajes, conclusiones y resultados del abordaje realizado, de manera cuantitativa y cualitativa.	10101 - INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.	Informe de Intervención realizada Material de apoyo Documento propuesta 2025.	Número de intervenciones realizadas	3	3 quinta entrega
Realizar talleres de cierre de las intervenciones realizadas con los padres de familia y acudientes, socializando aprendizajes, conclusiones y resultados del abordaje realizado.	10102 - INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA SANA CONVIVENCIA Y EL TEJIDO SOCIAL.	Informe de Actividades PIC – Código: M-PDS-GSP-FR-029 Listados de asistencia formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 en medio físico y en Excel, formato de consolidación en Excel. Registro fotográfico.	Número de docentes y padres de familia participantes	3	3 quinta entrega
			Valor mensual		

Dada en Cucunubá - Cundinamarca a los veintiocho (28) días del mes de marzo de 2025

CAMILO ALEXANDER ROJAS SUAREZ
Subgerente E.S.E Centro de Salud Cucunubá

Tipo Documento	Oficio	Código SGC		
		VERSIÓN	2016	
Nombre Documento	certificación	TRD		
		PÁGINA	1	

LA SUSCRITA PSICOLOGA DE LA COMISARIA DE FAMILIA DE UBATE

CERTIFICA:

Que la estudiante JENNY MARITZA VANEGAS PACHON identificada con C.C. N. 20.500.396 expedida en Bogotá, quien desarrolló el proceso de Prácticas Profesionales en nuestra Institución como aprendiz en el cargo de psicóloga, fecha de inicio el 19 de febrero de 2018 y fecha de finalización 19 de Agosto de 2018 durante 12 horas semanales.

La estudiante realizó las siguientes funciones relacionadas con su perfil profesional

- Talleres de prevención con estudiantes de las Instituciones Educativas con las siguientes temáticas: (abuso sexual, maltrato infantil y autocuidado)
- Talleres en los geriátricos brindando Bienestar para mejorar calidad de vida a la persona mayor.
- Cines en familia con Juntas de Acción Comunal.
- Atención al público
- Actividades de apoyo para la realización del Plan de Acción de la Comisaria de familia.

Doy fe que durante este tiempo la estudiante demostró honestidad, responsabilidad, eficiencia y buen desempeño en las funciones designadas.

La presente se expide en Ubaté a los 23 días del mes de Enero de 2020, a solicitud del interesado.

Atentamente,

PATRICIA MONROY GARZON
Psicóloga
Comisaría de Familia

CENTRO INTEGRAL PARA LA DIVERSIDAD
FUNDACIÓN CEPALADI
NIT. 900343772-4

EL CENTRO INTEGRAL PARA LA DIVERISIDAD FUNDACION CEPALADI, con NIT: 900343772-4 por medio de su representante legal mediante la presente.

CERTIFICA QUE

JENNY MARITZA VANEGAS PACHON identificada con la CC. N° **20.500.396** expedida en Cajicá, prestó sus servicios en la Fundación Centro Integral Para La Diversidad –CEPALADI- desde el 21 de Agosto hasta el 21 de Diciembre de 2018, desarrollando Procesos de acompañamiento Psicosocial en el programa de Habilidades y Necesidades Educativas Diversas.

Durante este periodo demostró ser una persona responsable, honesta, eficiente y trabajadora. Se extiende la presente para los fines que al interesado convengan.

La presente se firma a los dos (02) días del mes de Marzo del 2020.

Atentamente,

CENTRO INTEGRAL PARA LA DIVERSIDAD CEPALADI NIT 900343772-4

ANGÉLICA A. LEÓN C.
Representante Legal
FUNDACIÓN CEPALADI

Calle 13 N° 12 -58 11 Barrio Santo Domingo. Celulares: 311 532981 Chiquinquirá-Boyacá
e-mail:cepaladi@gmail.com

ESE. HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATÉ

NIT 899999147-3

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA E.S.E. HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE

C E R T I F I C A:

Que, **JENNY MARITZA VANEGAS PACHÓN,** identificada con la **Cédula de Ciudadanía No.** 20.500.396 expedida en Cajicá, en su calidad de persona natural cotizante independiente suscribió con la ESE Hospital el Salvador de Ubaté, los Contratos de Prestación de Servicios, según detalle:

Que por la naturaleza jurídica la contratación no genera vínculo laboral, en razón de ser aceptado de acuerdo a un cronograma elaborado por el CONTRATISTA, cuyo tiempo es manejado por Él mismo, estando solo supeditado a las necesidades del objeto y las obligaciones en desarrollo del mismo, motivo por el cual no se certifica jornada laboral.

No. CONTRATO	OBJETO	PLAZO DE EJECUCION		VALOR
		SUSCRIPCION	TERMINACION	
CPS225-2020	REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO INHERENTE EN LA DIMENSION DE CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL PIC 2020, PARA LA ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE MUNICIPIO DE UBATE	2020/03/12	2020/06/30 PRORROGA HASTA 2020/07/31	$ 10.560.000,00
CPSPIC502-2020	REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO INHERENTE EN LA DIMENSION DE CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL PIC 2020, PARA LA ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE MUNICIPIO DE UBATE	2020/09/04	2020/12/18	$ 12.600.000,00
CPSPIC484-2021	REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO INHERENTE EN LA DIMENSION DE CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL PIC 2021, PARA LA ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE MUNICIPIO DE UBATE	2021/05/20	2021/12/30	$ 24.300.000,00

CPSPIC78-2022	REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO INHERENTE EN LA DIMENSION DE CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL PIC 2022, PARA LA ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE MUNICIPIO DE UBATE	2022/03/04	2022/06/30	$ 12.000.000,00
CPSPIC190-2022	REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO INHERENTE EN LA DIMENSION DE CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL PIC 2022, PARA LA ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE MUNICIPIO DE UBATE	2022/08/11	2022/11/28	$ 15.000.000,00
CPS97-2023	REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO INHERENTE EN LA DIMENSION DE CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL EN LA ESTRATEGIA ZONA DE ORIENTACION ESCOLAR ZOEC 2023, PARA LA ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE MUNICIPIO DE UBATE	2023/03/17	2023/11/30	$ 27.311.999,00

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA EJECUCION DE LOS CONTRATOS - Entre otras:

- Orientar y brindar mensajes claves a las gestantes y lactantes identificadas con riesgo psicosocial en los controles prenatales y/o el pos parto), para promover prácticas de cuidado para la salud mental

- Informar al 100% de las gestantes, lactantes y sus familias acerca de las rutas de atención, según su clasificación de riesgo, realizando seguimiento a los casos priorizados.
- Informar al 100% de las familias priorizadas, acerca de equidad de género, disrupción de roles o estereotipos y fortalecer el concepto de respeto e importancia del rol de la paternidad.
- Orientar redes comunitarias, promoviendo los cambios comportamentales frente a sus hábitos y estilos de vida saludable.
- Informar a la población vulnerables sobre derechos y deberes en salud mental, para eliminar barreras de acceso a los servicios de salud.
- Brindar información acerca de nuevas masculinidades y rol del hombre en el hogar y la comunidad a través de talleres, como estrategia para prevención de violencias.
- Identificar las capacidades, los riesgos y condiciones de vulnerabilidad asociadas con escenarios sociales y comunitarios que puedan afectar el cuidado, salud y desarrollo de las y los jóvenes y sus familias. Actividad lúdica.
- Apoyar, participar y promocionar el 100% de las jornadas de salud programadas en el territorio, según delegación; y canalizar a las familias a los servicios programados en estas jornadas.
- Activar y fortalecer el equipo operativo para la articulación de la implementación de las ZOES en el Municipio de Ubaté, presentar acta de activación
- Activar el centro de escucha en una IED priorizada con el fin de identificar los actores y líderes para coordinar los espacios para la atención de las personas, debe presentar soporte de la gestión institucional e informe ejecutivo de acuerdo con los lineamientos.
- Realizar 8 actividades de educación en salud en signos, síntomas, rutas y canalización, de ideación o intención suicida, dirigida a las familias para la implementación del ZOES.
- Realizar cuatro jornadas de articulación intersectorial (policía, bomberos, defensa civil, hospital, psicoorientadores, gobierno, desarrollo social, educación, salud, entre otros) donde se socialice la oferta institucional que ellos ofrecen para la estrategia comunitaria ZOES
- Implementar 1 campaña audio-visual bimensual con sus fases, desarrollando temas de interés general enfocadas hacia la promoción y prevención la salud mental presentadas en la Institución Educativa, debe presentar soporte de la gestión institucional e informe ejecutivo.

- Aplicar tamizajes a población identificada en posible riesgo dentro del dispositivo comunitario ZOES (Salud mental consumo SPA) según directrices (Res. 3280 de 2018), de manera mensual.
- Realizar seguimiento a casos del caso lo que implica desde la identificación de necesidades, la canalización, el acompañamiento – seguimiento.
- Recibir y hacer seguimiento psicosocial en el aula con el docente y/o estudiante o comunidad a casos prioritario por Institución remitido por el Psico-orientador y/o por líderes comunitarios, debe presentar bitácora de seguimiento y en el archivo debe reposar el expediente de cada caso según corresponda.
- Coordinar reunión trimestral comité técnico zoes
- Dar educación en salud mental a estudiantes en la IED priorizada de acuerdo a la problemática detectada
- Implementar una escuela de padres a nivel municipal "la salud mental es un tema familiar" para la promoción de la convivencia y la prevención de eventos en salud mental (conducta suicida, violencias, trastornos mentales y sustancias psicoactivas).

Se expide el Seis (06) de febrero de 2024, por solicitud del contratista, con destino a la Hoja de vida.

Sin otro motivo atentamente,

HECTOR ANDRES CENDALES MOLANO
Subgerente Administrativo y Financiero
ESE Hospital el Salvador de Ubaté.

Elaboro: Juan Pablo Espinel Trujillo - Auxiliar Administrativo

LA SUSCRITA SECRETARIA DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE LENGUAZAQUE – CUNDINAMARCA

CERTIFICA QUE:

La señora **JENNY MARITZA VANEGAS PACHON**, identificada con cedula de ciudadanía 20.500.396 expedida en Cajica, se desempeñó como contratista en el Municipio de Lenguazaque Cundinamarca, tal y como se relaciona a continuación:

1.. CONTRATO: No 099 de 2024.

OBJETO DEL CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE LENGUAZAQUE.

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($18.200.000).

FECHA DE INICIO: 20 DE MAYO DEL AÑO 2024.

FECHA DE TERMINACIÓN: 19 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2024.

Información que fue corroborada en los archivos que reposan en la Alcaldía del Municipio de Lenguazaque.

La presente certificación se expide en la secretaría de Gobierno Municipal a solicitud de la interesada a los veintiocho (28) días del mes de Abril del año 2025.

DANIELA RAMIREZ SIERRA
Secretaria de Gobierno Municipal

Elaboró: GASS-Apoyo Administrativo
Revisó: DRS- Secretaria de Gobierno
Aprobó: DRS Secretaria de Gobierno

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14899986411

(415)7707212489984(8020) 000001489998641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 0 5 0 0 3 9 6	1	Impuestos de Bogotá	3 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	2 0 5 0 0 3 9 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Cajicá 1 2 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VANEGAS	PACHON	JENNY	MARITZA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Villa de San Diego de Ubate 8 4 3

41. Dirección principal: CR 4 6 16

42. Correo electrónico: psi.jennyvanegas@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 7 6 8 6 0 4 6	

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
7 4 9 0	2 0 2 0 0 3 0 5	8 2 9 9	2 0 2 0 0 3 0 5					

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 [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: VANEGAS PACHON JENNY MARITZA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 26-01-2026 10:44:25PM

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 22:47:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	20500396
Código de Verificación	205003962601262247 38

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. 289989617

PIB
22:50:55

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) JENNY MARITZA VANEGAS PACHON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 20500396:

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

(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 10:58:15 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **20500396** y Nombre: **JENNY MARITZA VANEGAS PACHON.**

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. **133533152** . 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

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:03:41 PM horas del 26/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **20500396**
Apellidos y Nombres: **VANEGAS PACHON JENNY MARITZA**

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.

Volver al Inicio

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 23:14:57 horas del 26/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **205003396,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE CENTRO DE SALUD CUCUNUBA**, con NIT **832010240-2** 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.

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 20500396 **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 11:22 PM

Código Verificación: **DL3FX5ACSV**

Válida hasta: **27/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICADO DECLARACIÓN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES

CIUDAD/ DEPARTAMENTO	FECHA
Cucunubá	26 de enero de 2026

Yo Jenny Maritza Vanegas Pachón, Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N.° 20500396, expedida en Cajicá Domiciliado(a) en la Ciudad de Ubaté/ Cundinamarca; manifiesto bajo la Gravedad de Juramento no estar incurso (a) en las causales de inhabilidad, incompatibilidad establecidas en la Constitución y la Ley, para contratar con el Estado Colombiano, de acuerdo al artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993, artículos 126 y 127 de la Constitución Nacional, articulo 18 de la Ley 1150 del 2007 y demás normas aplicables para contratar con el Estado.

FIRMA

CC. 20500396 de Cajicá

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✔	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✔	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	✔	

SI: ✔ Correo electrónico: psi.jennyvanegas@gmail.com NO: Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: ×

No. Identificación: 20500396

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúe como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación:

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en, https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.
Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.
Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.
En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.
Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la pagina web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49A – 47 ventanilla de correspondencia.

Si ✔ No

Firma del afiliado: ×

No. Identificación: 20500396

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación | Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 2/2/26

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Traslado de Aseguradora [✓]
2. Tipo de Afiliación: 1. Individual - Cotizante [ ] 2. Cotizante cabeza de familia [✓] 3. Beneficiario (Adicional) [ ] 4. Pensionado [ ] 5. Independiente [ ] 6. Madre Comunitaria [ ] 7. Servicio Doméstico [ ] 8. Temporal [ ] 9. Aportes Voluntarios [ ] 10. Cotizante Dependiente [ ]
3. Régimen: 1. Contributivo [✓] 2. Especial [ ] 3. Excepción [ ]
4. Número de Validación: Sí [ ] No [ ]
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [✓] B. Cónyuge [ ] C. Compañero(a) permanente [ ] D. Padre o Madre [ ] E. Padrastro [ ] F. Hijo(a) [ ] G. Hijastro(a) [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Empleado [ ] B. Independiente [✓] C. Pensionado [ ]
7. Ubicación en la UPC: [ ]

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o Adicional no cotizante)

8. Apellidos y nombres			
VANEGAS	PACHON	JENNY	MARITZA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo Reasignación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
					País	Departamento	Municipio	
CC	20500396	Femenino [✓] Masculino [ ]	F [✓] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál [ ]	COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA	14/9/82

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Sí [ ] No [ ]	Categoría de Discapacidad

19. Tiene encuesta SISBEN Sí [ ] No [ ]	20. Clasificación SISBEN Nivel [ ] Grupo [ ]	21. Grupo población especial	22. Identificación de Fecha Vencimiento - Año	
				POSITIVA

23. Administradora de Pensiones	24. Número bono de cotización - BEC	25. Tarifa Cotización Voluntaria	26. Residencia	
PORVENIR	1750905		CR6 10 # 13-59 INT. 5	

	3107686046	psi.jennyvanegas@gmail.com	CUNDINAMARCA
UBATE		Zona: Cabecera Municipal [✓] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres			

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo Biológico	31. Sexo Reasignación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál		País	Departamento	Municipio	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo Reasignación					41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Enfermedad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de Discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia						52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por la EPS)
	Departamento	Municipio o Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	Dirección	Localidad Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPS-ITA-0009 V03

53 Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS

54 Código de la IPS a registrar por la EPS

C

81 UBATE

82

83

84

85

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social

56. Tipo de documento de identificación

57. Número del documento de identificación

58. Tipo de aportante o cotizante de pensiones (a cargo de la UPO)

59. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS reformulada.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado — [ ] A. Ámbito Nacional [ ] B. Ámbito Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Tipo de documento de identidad

Número de documento de identidad

62. Sexo biológico — Femenino [ ] Masculino [ ]

63. Sexo Identificación — F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)

67. Motivo de traslado — Cod

68. Caja de compensación familiar a la cual pertenece el Pensionado

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 73. Autorización para que la EPS solicite y entregue a otra EPS copia de la historia clínica del afiliado o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la Base de datos única vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o afiliado de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con la plasmada en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de retirarse los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las Cajas en Contribución Solidaria, según la consulta del Sistema vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. La casa de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia inscrito la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante cabeza de familia o beneficiario mayor de edad o afiliado adicional

81. Aportante o empleador responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad — CN [ ] NI [ ] TI [ ] CC [x] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
Cantidad de folios(s) de identidad anexos

- [ ] 83. Copia del documento de nacionalidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del fallo administrativo de custodia
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ignorancia de los mismos.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.13 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Carta de aceptación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la custodia del beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio — Código del departamento

93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número de documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)

97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES: Afiliación independiente

Autorizo a que en la firma del formulario se adjunte mi huella en constancia de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

VIGILADO Supersalud

Vigilado Supersubsidio

FOR-EPS-014-0002 V2.1

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JENNY MARITZA VANEGAS PACHON identificado con CC. 20500396 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	ESE CENTRO DE SALUD CUCUNUBA
Tipo y Numero de Documento	NI - 832010240

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/04/21	**Fecha inicio contrato**	2025/04/04
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2025/12/28
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE
Estado afiliación	Inactivo		
Fecha retiro	2025/12/28	**Estado del contrato**	Retirado

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC28012026J20500396V4479902.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JENNY MARITZA VANEGAS PACHON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **20.500.396,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	20500396	JENNY MARITZA VANEGAS PACHON	Calle 15 A 9 136	0000000	PSI.JENNYVANEGAS@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	22/12/2025	92563254	$649.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	262.400	0		0		0	0	0	0	262.400	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	335.900	0	0	0	0	0	0		335.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	51.200				51.200	0	0	51.200			512	51.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	262.400	262.400
Pensión	1	335.900	335.900
Riesgos Laborales	1	51.200	51.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	649.500	649.500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	20500396	JENNY MARITZA VANEGAS PACHON		Calle 15 A 9 136	0000000	PSI.JENNYVANEGAS@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	22/12/2025	92563254	$649.500	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	20500396	VANEGAS PACHON JENNY MARITZA	59	0			N																	230301	2,099,200	335,900	0	0	0	0	EPS008	2,099,200	262,400	14-23	2,099,200	3	51,200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

			E.S.E CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA - CUNDINAMARCA MACROPROCESO: APOYO PROCESO: GESTION ADMINSITRATIVA Y FINANCIERA FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O TERCERO GESTION FINANCIERA			Código: CT-F514 Vigencia: 2025 Versión: 01 Página 1 de 1			
Fecha de diligenciamiento	26	enero	2026	Ciudad o Municipio	Cucunubá	Departamento	Cundinamarca		
CLASE DE VINCULACIÓN									
Proveedor	Asistencial		Administrativo		Colaborador	X			
DATOS PERSONA NATURAL									
Primer Nombre		Segundo Nombre			Primer Apellido		Segundo Apellido		
Jenny		Maritza			Vanegas		Pachón		
Tipo de identificación				No. De Identificación	Lugar de Expedición		Fecha de Expedición		
CC X	CE	TI	OTRO	20500396	Cajicá		7/03/2001		
Fecha de nacimiento	14/09/1982			Lugar de nacimiento	Bogotá	Telefono y/o celular	3107686046		
Dirección de residencia	Carrera # 13 - 59 Interior 5				Profesión u Oficio	Psicóloga			
Estado civil	Casada				Correo Electrónico	psi.jennyvanegas@gmail.com			
FECHA DE CORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA									
Total Activos	10.000.000			Total Pasivos	15.000.000	Total Patrimonio	10.000.000		
Ingresos mensuales	3.000.000			Egresos Mensuales	1.500.000	Otros ingresos mensuales	NO		
MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA DE ACUERDO A SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN									
¿Maneja recursos públicos?		SI	NO X	¿Tiene reconocimiento público?		SI	NO X		
¿Ejerce algún grado de poder público?		SI	NO X	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?		SI	NO X		
¿Es Ud. sujeto de obligaciones tributarias en otro país?						SI	NO X		
DATOS PERSONA JURÍDICA									
Nombre o razón social					NIT		DV		
Tipo de Empresa	Pública	Privada	Mixta	Sector económico		CIIU			
FECHA DE CORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA					DD	MM	AA		
Total Activos				Total Pasivos		Total Patrimonio			
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL									
Primer Nombre		Segundo Nombre			Primer Apellido		Segundo Apellido		
Tipo de identificación				No. De Identificación	Lugar de Expedición		Fecha de Expedición		
CC	CE	TI	OTRO						

Identificación de accionistas que tenga directa o indirectamente más del 5% del Capital social, Aporte o participación en la sociedad

Nombres y Apellidos	Tipo ID	Tipo y Número ID	¿Por su actividad o cargo, goza de Reconocimiento público, Poder Político y/o maneja Recursos públicos? Registre SI/NO y especifique claramente

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	SI	NO X	Especifique cual			
¿Posee productos financieros en el exterior?	SI	NO X	Especifique cual			
Producto	**No. De producto**	**Moneda**	**Monto**	**Entidad**	**Ciudad**	**País**

DECLARACION ORIGEN DE FONDOS

Declaro de manera voluntaria que mi actividad, profesión u oficio es lícito y lo consignado es cierto y verificable. La información registrada tiene como propósito, contribuir a la prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo LA/FT. Me comprometo a entregar la información actualizada cada vez que se requiera y su incumplimiento faculta a la ESE CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA, para rescindir del contrato.
Manifiesto que no he sido responsable judicialmente por la comision de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con LA/FT, o la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos contra lesa humanidad, narcotráfico, fraude, testaferrato o corrupción.
Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen de fondos: SALARIO POR REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES Y TAREAS REALIZADAS COMO PSICÓLOGA EN ACCIONES DE SALUD PUBILCA.

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formato son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/FT.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos que tenga por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el -financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización, no requerirá de autorización de su titular.
3. Acepto la verificación de Listas y demás controles SARLAFT realizadas por la ESE CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA, de manera que velaré por su cumplimiento manteniendo los controles para evitar que la ESE sea utilizada en actividades ilicitas.
4. Acepto que en caso de incumplimiento la ESE CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA dé por terminado unilateralmente, y sin que haya lugar a indemnización alguna a favor mío, el/los contrato(s) que haya celebrado con la ESE.
5. Que modificaré e informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.



COMO CONSTANCIA DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



HUELLA

Para uso exclusivo de la ESE CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA

Nombre y Apellidos	Jenny Maritza Vanegas Pachón
Cargo	Psicóloga
Cédula	20500396
Firma y Sello	

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Jeny Marlzon
Apellidos	Vanegas Pachón
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No. 20500396
Fecha de Nacimiento:	Día: 14 Mes: 09 Año: 1982

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	19 Ag. 05	30004S1	silvia.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	24 marzo 2010		
	2	26 JUL 2013	Q1U1009E	
	3	CITA 26 EUE/14		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	
Contra Fiebre Amarilla	05	22-Nov-12	Sanofi H5402-1	B/14
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				





Esquema	dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	31/03 2021	Astrazeneca	Cymnu 521	Hospital Ubate	Emma Rodriguez	52033060
	2	24 Junio	Astrazeneca	NHG 302	Hospital Ubate	Nidia Chiguay	39494511
		Feb 10 2022	Janssen	201 62LA	Hospital Ubate	Olga Villamil	39748191

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Jenny Maritza Vanegas Pachón

C.C 20.500.396

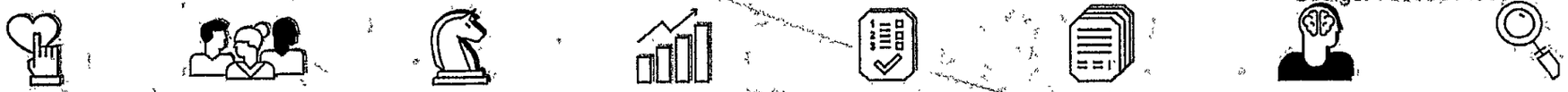
Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 27 de enero 2026

Luz Dairenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 769350140000



Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

E.S.E. HOSPITAL EL SALVADOR UBATÉ

CERTIFICA QUE

JENNY MARITZA VANEGAS P.

C.C. 20500396

Ha finalizado de manera exitosa el proceso de formación con una intensidad horaria de veinte (20) horas en

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Dado en la ciudad de la Villa de San Diego de Ubaté, el 03 de Febrero de 2020

AIXA JOVANA CIFUENTES BELTRAN
Gerente

ANGELICA M. ZAMBRANO AREVALO
Enfermera

CUNDINAMARCA REGION Que Progresa!

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL Salvador UBATÉ

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700.01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Jenny Maritza Vanegas Pachón

CC 20500396 de Cajicá - Cundinamarca

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos- Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-10-08
Fecha de vencimiento: 2027-10-08

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

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 Educativa y Desarrollo Humano.
Docente Especialista

Cruz Roja Colombiana
Seccional Antioquia

El Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Cruz Roja Colombiana Seccional Antioquia
con licencia de funcionamiento emitida por la Secretaría de Educación de Medellín
Resolución Nº 055 de junio 13/2003

Hace constar que:

JENNY MARITZA VANEGAS PACHON

Con documento Nº 20500396

Participó en:

CURSO PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Realizado en **la Ciudad de Medellín del 02 al 10 de Junio de 2020**

Con una duración de **20 Horas**

Gleidy Ha. Rivero R.

Rector (a)
Instituto para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Cruz Roja Colombiana Seccional Antioquia