

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL**

PROCESO: Gerencia de Talento humano

CÓDIGO

TH\_FTO\_10

VERSIÓN

04

VIGENCIA

15/08/2025

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**CARGO:**

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
<b>GESTIÓN DE TALENTO HUMANO</b>					
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	/			
2	Hoja de vida (actualizada con foto)	/			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	/			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	/			
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses	/			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses	/			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	/			
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses	/			
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos	/			
10	Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.	/			
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	/			
12	Registro usuario Secop II	/			
13	RUT Actualizado	/			
14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	/			
15	Certificado actual de afiliación EPS	/			
16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	/			
17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	/			
18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)	/			
19	Formato de oferta de prestación de servicios	/			
20	Formato de indemnidad	/			
21	Formato de ARL	/			
22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)	/			
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	/			
24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	/			
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	/			
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	/			
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	/			
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años	/			
<b>SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO</b>					
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado	/			
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional	/			
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca	/			
37	RETHUS actualizado- pregrado y postgrado (Asistenciales)	/			
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
<b>CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES</b>					
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	/			
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	/			
41	Manejo del duelo (Asistenciales)	/			
42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	/			
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla *	/			
<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS</b>					
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
<b>JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS</b>					
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
<b>MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS</b>					
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.				
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
<b>MEDICO URGENCIÓLOGO</b>					
54	Certificado en formación de sedación				

No esh R



**LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL**

PROCESO: Gerencia de Talento humano

CÓDIGO

TH\_FTO\_10

VERSIÓN

04

VIGENCIA

15/08/2025

ODONTOLOGO				
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años			
AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
56	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador			
57	Toma de muestra con fecha de vigencia			
JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
58	Retiro e inserción DIU			
59	Retiro e inserción JADELLE			
60	Certificado de formación en toma de citología			
61	Soporte vital avanzado			
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)			
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
63	Soporte v tal avanzado			
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia			
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia			
66	Registro único nacional de tránsito RUNT			
67	Licencia de conducción			
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito			
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * Vigencia 3 años.			
AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA				
70	Soporte vital básico			
71	Primeros Auxilios			
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)			
INGENIERO BIOMÉDICO				
73	Certificado del registro INVIMA			
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO				
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea			
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)			
RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.			
77	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visimetría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)			
SERVICIO DE ALIMENTACIÓN				
78	Certificación de manipulación de alimentos			
79	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.			
MANTENIMIENTO				
80	Certificado curso de alturas			
81	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.			
EXPERIENCIA LABORAL				
82	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado			

Nombre y firma de quien verifica la documentación:

- Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.
- El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.

**NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)**

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).
- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O  
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, 28 de enero de 2026

Doctor.

**DIEGO ALEJANDRO GARCIA**

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO

Cargo: Psicóloga

Respetado Doctor Diego Alejandro García, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO

CC: 1026587270

Dirección: KR 100 69 48 SUR

Email: calejandraulloa96@gmail.com

Teléfono / Celular: 3167231000



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.026.587.270**

**ULLOA PISCO**

APELLIDOS

**CAMILA ALEJANDRA**

NOMBRES

*Camila Alejandra Ulloa Pisco*  
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUN-1996**

**BOGOTA D.C.**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.38**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

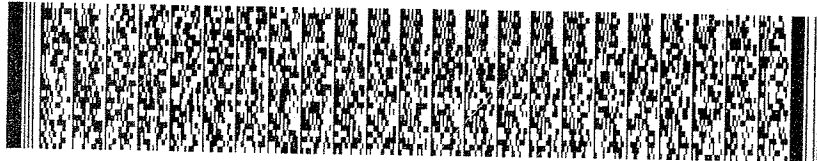
**F**

SEXO

**08-JUL-2014 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Juan Carlos Galindo Vácha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1500150-01084375-F-1026587270-20190717

0066460101A 1

9909202346



# Camila Alejandra

ULLOA PISCO

M.SC. PSICÓLOGA CLÍNICA

## PERFIL

Psicóloga con enfoque clínico y educativo, especialista en psicología clínica. Cuento con experiencia en evaluación, formulación e intervención en salud mental, abordando problemáticas en niños, adolescentes y adultos en contextos clínicos, educativos y comunitarios. Mi trayectoria incluye la atención psicológica particular individual y grupal, el diseño y aplicación de talleres psicoeducativos, y la implementación de estrategias de promoción y prevención en salud mental. Además, poseo conocimientos en gestión humana y bienestar organizacional. Me caracterizo por mi compromiso, responsabilidad y habilidades en comunicación, trabajo en equipo y resolución de problemas, con un enfoque integral que busca generar un impacto positivo en la calidad de vida de las personas y comunidades con las que trabajo.

## EXPERIENCIA LABORAL

### IPS HEALTH AND LIFE (OPS)

Psicóloga especialista clínica

Abril 2025 - Actual

Visitas domiciliarias, acompañamientos y procesos para pacientes crónicos y familiares. Abordaje psicosocial en programa de muerte digna. Evaluación e intervención en salud mental en procesos de salud-enfermedad.



## INFORMACIÓN

Bogotá, Colombia

CC. 1.026.587.270

TP. 202505

Resolución Secretaria de salud: A38125

Rethus: 38125



3167231000



Calejandraulloa96@gmail.com

## EDUCACIÓN

### Maestría en psicología de la salud

Fundación Universitaria Sanitas

2024/2025

### Especialista en psicología clínica

Fundación Universitaria Sanitas

2023/2024

### Auxiliar de recursos humanos

Inesco - Técnico laboral

2021

### Psicóloga

Fundación universitaria Konrad Lorenz

2014/2019



## **SUBRED CENTRO ORIENTE**

Psicóloga

Septiembre 2025 -Diciembre 2025

Profesional en equipos básicos de salud, realizando abordaje individual en salud mental a personas de diferentes grupos etarios con objetivos de prevención, promoción, diagnostico, intervención y tratamiento, de manera territorial.

## **SUBRED CENTRO ORIENTE**

Psicóloga

Oct 2022 - Jun 2024

Prestar atención psicológica, llevando a cabo sesiones de acompañamiento para la mitigación del riesgo y promoción de la salud mental en diferentes entornos y poblaciones de forma individual y grupal.

## **INSTITUTO TECNISISTEMAS**

Asesor de acompañamiento profesional

Mar 2022 - Oct 2022

Impartir talleres a grupos de la agencia de empleo compensar relacionados con habilidades blandas y duras para la consecución laboral. Proponer alternativas de mejora constante a los talleres.

## **KUEPA EDUTECH**

Supervisora académica

Nov 2021 - Mar 2022

Crear, manejar y analizar bases de datos resultantes de procesos académicos. Acompañar grupo docente y estudiantil. Proponer estrategias para permanencia estudiantil. Manejar personal: área académica

## **FUNDACIÓN SERGIO URREGO**

Psicóloga clínica - Voluntariado

Oct 2021 - Feb 2022

Atención en la línea Salvavidas y tele consulta en casos de ideación y autolesiones

## **PRÁCTICAS FORMATIVAS**

**Psicóloga (Enfoque comunitario)** | Feb 2025 - Jun 2025 - Centro Medico Sanitas- Kennedy

**Psicóloga de la salud** | Ago 2024 - Dic 2024 - Hospital de la Policía- Dirección de Sanidad

**Psicóloga clínica** | Jun 2023 - Dic 2023 - Centro Medico Sanitas-Plaza Central

**Psicóloga educativa** | Ene 2019 - Jun 2019 - UniAgustiniana

**Psicóloga** | Jul 2018 - Nov 2019 - IPS Konrad Lorenz

## **COMPLEMENTARIA**

### **Cursos cortos virtuales**

Inglés básico

Servicio al cliente

Digitación de textos

Organización documental

Manejo de herramientas

Microsoft

Administración de recursos humanos

Acciones de prevención en salud mental

Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo

Sena 2020-2022

Gestión social comunitaria

Unisanitas - 2025

Atención integral a víctimas de la violencia sexual y de genero (Código Blanco) 40h.

Atención integral a víctimas de ataques con agentes químicos,40h.

Manejo del duelo, la perdida y el trauma, 40h.

Proactive IPS - 2025

### **Inglés**

Nivel A1: certificado

Nivel A2: cursando

Smart - académica de idiomas  
2024 - En curso

Referencias serán entregadas a solicitud



**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 290080482**



PIB  
16:08:51  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026587270:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

**ATENCIÓN :**

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



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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 27 de enero de 2026, a las 16:10:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1026587270
Código de Verificación	1026587270260127161004

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado

Generó: WEB







POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:11:36 PM horas del 27/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1026587270**

Apellidos y Nombres: **ULLOA PISCO CAMILA ALEJANDRA**

### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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



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





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, 27/01/2026 04:12:53 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1026587270** y Nombre: **CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO.**

### 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. **133609785** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

515 9000



**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112







## 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 1026587270 **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 27/01/2026 04:14 PM



Código Verificación: 314JLEWHT8

Válida hasta: 27/04/2026

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC



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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:16:46 horas del 27/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1026587270**, Apellidos y Nombres **ULLOA PISCO CAMILA ALEJANDRA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE Region de salud Soacha**, con NIT **800006850-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



Escrito

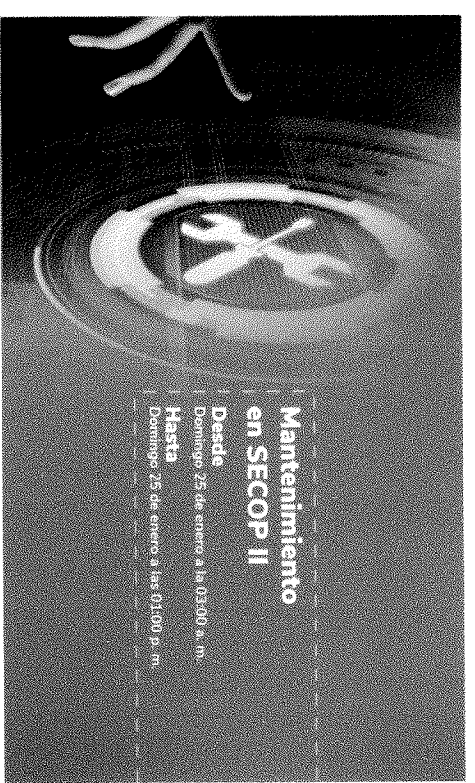
OPORTUNIDADES  
RECIENTES

No se han encontrado

ULTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

### Sugerencias SECOP



**Mantenimiento en SECOP II**  
Desde Domingo, 25 de enero a la 03:00 a.m.  
Hasta Domingo, 25 de enero a las 01:00 p.m.

El servicio de proveedor ya se encuentra disponible.

Haga clic en el ícono para acceder. Disponible en la dirección de configuración del usuario puede estar por encima.

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para recibir acceso a una empresa, hacer clic en Configuraciones del Usuario a Más opciones

### Mensajes

Sin mensajes...

### Oportunidades de negocio

Sin oportunidades

Configuraciones del usuario  
Cerrar  
Cambiar contraseña  
Código: 1172697

Configuración Entidad  
Español / Proveedor  
Ene 2020 20:10:19

Salir



2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

141232116492



(415)7707212489984(8020) 000014123211649 2

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 6 5 8 7 2 7 0

6. DV

7

12. Dirección seccional  
Impuestos de Bogotá

3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

1 0 2 6 5 8 7 2 7 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ULLOA

32. Segundo apellido

PISCO

33. Primer nombre

CAMILA

34. Otros nombres

ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 100 69 48 SUR

42. Correo electrónico

calejandraulloa96@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 6 7 2 3 1 0 0 0

45. Teléfono 2

3 1 5 7 5 4 7 2 6 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

51. Código

52. Número establecimientos

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 5 0 1 0 1

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

5

4

9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

0

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

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ULLOA PISCO CAMILA ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141232116492



(415)7707212489984(8020) 000014123211649 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 6 5 8 7 2 7 0 | 7

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

65. Fondos

66. Cooperativas

67. Sociedades y organismos extranjeros

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	Composición del Capital	
71. Clase	0 9		82. Nacional	_____ %
72. Número			83. Nacional público	_____ %
73. Fecha	2 0 1 7 0 1 2 5		84. Nacional privado	_____ %
74. Número de notaría			85. Extranjero	_____ %
75. Entidad de registro	0 3		86. Extranjero público	_____ %
76. Fecha de registro	2 0 1 7 0 1 2 5		87. Extranjero privado	_____ %
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 2 7 7 1 2 4 2			
78. Departamento	1 1			
79. Ciudad/Municipio	0 0 1			
Vigencia				
80. Desde				
81. Hasta				

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 7 0 1 2 6		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141232116492



(415)7707212489984(8020) 000014123211649 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 6 5 8 7 2 7 0 7

6. DV

7

12. Dirección seccional  
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor en establecimientos no especializados, con surtido co 4 7 1 9
162. Nombre del establecimiento DONDE EL GNOMO	
163. Departamento Bogotá D.C.	164. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.
165. Dirección CR 100 NO. 69 48 SUR	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 0 2 7 7 1 2 4 5	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 1 2 5
168. Teléfono 3 1 6 3 4 1 1 1 8 7	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento:	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre





FORMATO SARLAFT

Codigo TH\_FTO\_45
Version 0
Vigencia 6/07/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 2026-01-28 CIUDAD: SOACHA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente...

CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR PARTICULAR CONTRATISTA OPS SERVIDOR PUBLICO OTRO CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

Form fields for personal data: PRIMER APELLIDO (ELLOA), SEGUNDO APELLIDO (PISCO), PRIMER NOMBRE (CAMILA), SEGUNDO NOMBRE (ALEJANDRA), TIPO DE IDENTIFICACION, LUGAR EXPEDICION, FECHA EXPEDICION, FECHA NACIMIENTO, LUGAR NACIMIENTO, PAIS NACIMIENTO, NACIONALIDAD, ESTADO CIVIL, PERSONA A CARGO, NUMERO DE HIJOS, TELEFONO CELULAR.

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAESTRO POSGRADO UNIVERSITARIO BACHILLER PRIMARIA TECNICO TECNOLÓGICO OTRO CUAL: CONTRATISTA

Form fields for residence and contact: DIRECCION RESIDENCIA, CIUDAD RESIDENCIA, DEPARTAMENTO, PAIS RESIDENCIA, TELEFONO RESIDENCIA, CORREO ELECTRONICO, PORTAL O PAGINA INTERNET, TIPO DE VIVIENDA, DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, CIUDAD, DEPARTAMENTO, PAIS, TELEFONO/FAX.

2. DATOS DEL CONYUGE

Form fields for spouse data: PRIMER APELLIDO (TORRES), SEGUNDO APELLIDO (GUTIERREZ), PRIMER NOMBRE (CRISTIAN), SEGUNDO NOMBRE (CAMILO), TIPO DE IDENTIFICACION, NUMERO IDENTIFICACION, LUGAR EXPEDICION, FECHA EXPEDICION, PASAPORTE, ES RESIDENTE EN COLOMBIA.

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

Form fields for economic activity: ASALARIADO, ESTUDIANTE, HOGAR, PENSIONADO, SOCIO, CONTRATISTA, COMERCIANTE, EMPLEADO PUBLICO, PROFESIONAL INDEPENDIENTE, EMPLEADO SOCIO, OTRA, INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE, DECLARA RENTA, SI/NO, IVA, ICA, GRAN CONTRIBUYENTE, SI/NO, AGENTE RETENEDOR, SI/NO, AGENTE AUTORETENEDOR, SI/NO, FUNCIONARIO PUBLICO, ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS, SI/NO, NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA, ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA, GOBIERNO, SERVICIOS, SALUD, # NIT, EXPORTACIONES, AGRICOLA, ENERGETICO, FINANCIERO, TRANSPORTE, TECNOLOGIA, ALIMENTOS, MEDICAMENTOS, OTRA.



FORMATO SARLAFT

Código TH\_FTO\_45
Version 0
Vigencia 6/07/2022

Table with columns: DIRECCION DE LA EMPRESA, TELEFONO, CIUDAD/MUNICIPIO, DEPARTAMENTO, PAIS. Values: CALLE 13 #9-97, 7309230, SOACHA, CUNDINAMARCA, COLOMBIA

Table with columns: CARGO ACTUAL, PSICOLOGA, FECHA VINCULACION. Value: N/A

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

Table with columns: NUMERO DE EMPLEADOS, VENTAS ANUALES, CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA, DESCRIPCION ACTIVIDAD, FECHA CONSTITUCION, TIPO SOCIEDAD. Values: N/A

5. INFORMACION FINANCIERA

Financial summary table with columns: INGRESOS MENSUALES, EGRESOS MENSUALES, ACTIVOS, PASIVOS. Totals: \$ 1,500,000

6. REFERENCIAS PERSONALES

Personal references table with columns: PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, DIRECCION, CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS, TIPO RELACION, TELEFONO FHO Y/O EXTENSION/CELULAR. Values: DIAZ, BALDONADO, JOHANA, MILENA

7. REFERENCIA FINANCIERA

Financial reference table with columns: NOMBRE ENTIDAD, TIPO DE PRODUCTO, NUMERO, SUCURSAL, TELEFONO. Value: BANCO DAVIVIENDA

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] O [X]

Table for foreign currency operations with columns: NOMBRE ENTIDAD, TIPO DE PRODUCTO, NUMERO, PAIS/CIUDAD, MONEDA, MONTO PROMEDIO. Values: N/A

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA...

1. Que los recursos que entregue y entregare a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupacion, profesion, negocio, etc.):
NOMBRE DEL CARGO: PSICOLOGA

- 2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano...
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre...
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaracion...
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha...
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e informacion que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Avalarado: Certificación liberal no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante



FORMATO SARLAFT

Código

TH\_FTO\_45

Version

0

Vigencia

6/07/2022

- 1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
  - 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
  - 3. Fotocopia Inscripción en el RÚ.
  - 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
  - 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
  - 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.  
**NOTA:** Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

**10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.**

**CONSIDERACIONES**

- 1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- 2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 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 y archivos que tengan 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 requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
- 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

**AUTORIZACION**

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con N°. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
- B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
  - 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deador, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
  - 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
- 3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UHAF, Fasecolda, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticas.
- 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
- 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
- 7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
- 8. RESPONSABILIDADES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
- 9.AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

**IX. FIRMA Y HUELLA**

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

*[Firma manuscrita]*

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho



### CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

#### CERTIFICA

Que Camila Alejandra Ulloa Pisco, identificado(a) con CC número 1026587270, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1026587270
NOMBRES Y APELLIDOS	Camila Alejandra Ulloa Pisco
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	09/06/1996
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2021
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1026587270 CAMILA ALEJANDRA  
ULLOA PISCO Desde 27/09/2025 - Vigente CEDULA DE  
CIUDADANIA 1026587270 CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO  
Desde 24/09/2025 - Vigente





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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.587.270**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 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.





Libertad y Orden

## FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Ulloa		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Pisco		NOMBRES Camila Alejandra	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1026587270			GÉNERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>			NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 09 MES 06 AÑO 1996			CARRERA 100 69 48 SUR		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		
DEPTO BOGOTÁ, D.C.			DEPTO BOGOTÁ, D.C.		
MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.		
			TELÉFONO 3167231000		EMAIL calejandraulloa96@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA)

TL (TECNOLÓGICA)

TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)

UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN)

MG (MAESTRÍA O MAGISTER)

DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	08	2025	202505
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	11	2023	202505
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	07	2019	202505

3

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

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

**4 IDIOMAS**

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

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

**EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HEALTH AND LIFE IPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2808 PSICOLOGA			DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN Av. 68 #13-71						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2025	Día	30	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2808 PSICOLOGA			DEPENDENCIA "CONSULTA EXTERNA"					DIRECCIÓN Av. 1 de Mayo #8a-58, Bogotá, Colombia						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	01	Mes	10	Año	2022	Día	30	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2808 PSICOLOGA			DEPENDENCIA AREA DE CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN AVENIDA 8A ESTE 58 null			

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

**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	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES.

Ciudad y fecha de diligenciamiento Socacha, 29 enero 2026

[Firma manuscrita]

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Período Declarado: 01/01/2025 - 31/12/2025

**1. DECLARACIÓN JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, Camila Alejandra Ulloa Pisco

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1026587270 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.  
DIRECCIÓN: CARRERA 100 69 48 SUR TELÉFONO: 3167231000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Koryn Manuela Ulloa Pisco	1025322865	HERMANO(A)
Geraldly Pisco Baldonado	52304514	MADRE
David Fernando Ulloa Novoa	72732817	PADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	\$1.500.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$1.500.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
	CUENTA DE AHORROS	478970088025	BOSA	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

**1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad **SI** **NO X** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

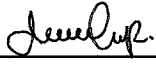
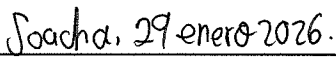
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE: Cristian Camilo Torres Gutierrez DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. **X** C.E. T.I. N°: 1233492781


**2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA**

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 DE PARTICIPACIÓN
----------------------------	------------------------

**3. FIRMA**

<p> _____ FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA</p>	<p> _____ CIUDAD Y FECHA</p>
--	--

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>	<b>FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>							
	PROCESO: Gerencia del talento humano	<table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>TH_FTO_13</td> </tr> <tr> <td>VERSIÓN</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>05/07/2022</td> </tr> </table>	CÓDIGO	TH_FTO_13	VERSIÓN	00	VIGENCIA	05/07/2022
	CÓDIGO	TH_FTO_13						
VERSIÓN	00							
VIGENCIA	05/07/2022							

Soacha, 28 de enero de 2026

### NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo, CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO, identificado con cedula de ciudadanía No. 1026587270, interesado en la oferta de prestación de servicios de Psicóloga, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo [www.computrabajo.com.co](http://www.computrabajo.com.co) y/o el [www.empleo.com](http://www.empleo.com).

Por lo anterior si (x) no (\_\_\_) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

***Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:***

---



---



---



---


Atentamente,

*Leide P.*  
Camila Alejandra Ulloa P.  
 C.C. 1026587270

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109  
 Email: [www.hmgv.com.co](http://www.hmgv.com.co) Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.  
 Soacha –Cundinamarca-Colombia.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha  
 evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.



 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	<b>FORMATO DE INDEMNIDAD</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR FTO 02
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Soacha, 28 de Enero 2026

Señores,

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**

**E. S. M.**

Yo CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1026587270 de B O G O T Á por medio del presente documento me permito manifestar que:

**PRIMERO:** Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, **b)** Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SÉPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.


Cordialmente,



CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO

C.C. No. 1026587270 De Bogotá



 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>	<b>FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL</b>	
	<b>PROCESO:</b> Gerencia del talento humano	<b>CÓDIGO</b> SSO_FTO_01
		<b>VERSION</b> 01
	<b>VIGENCIA</b> 12/03/2024	

**ARL SURA**

**DATOS DEL CONTRATISTA:**

Nombre y apellido: CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO

N.º Documento: CC 1026587270

Fecha de Nacimiento: 09/06/1996

Dirección: KR 100 69 48 SUR

Teléfono. Fijo – Celular: 316723100

E-mail: calejandraulloa96@gmail.com

EPS: SANITAS

AFP: PORVENIR

Firma Contratista:

*Leida Up.*

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitudde afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.



Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10721903192604246546

### Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

11/02/2026 12.55 PM



Medellín, 11 de febrero de 2026

### LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

#### CERTIFICA:

Que CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1026587270 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 05/02/2026

Fecha fin cobertura: 31/08/2026

#### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

##### ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA; REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2.436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

##### ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA; REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

#### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

##### ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA; REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

Dirección IP: 38.52.157.29, 192.230.104.14, 172.16.42.57

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

- 1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
- 2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.


Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Surta y la información aquí contenida sea real, visite [www.artsura.com.co](http://www.artsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10721903192604246546

**Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación importante. La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

11/02/2026 12:55 PM

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	<b>AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS</b>		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
	VIGENCIA	5/07/2022	

Soacha, 28 de enero de 2026

Señores:

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ

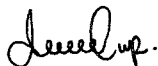
Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Artículo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

PSICOLOGA

Cordialmente;




N° Documento CC 1026587270

Dirección de contacto KR 100 69 48 SUR


Teléfono 3167231000




 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	<b>COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS</b>	
	<b>PROCESO:</b> Gerencia del talento humano, Jurídica	<b>CÓDIGO</b> JUR_FTO_20
		<b>VERSIÓN</b> 01
		<b>VIGENCIA</b> 31/10/2023

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.**

Yo, CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1026587270, expedida en BOGOTÁ, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiese causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	<b>COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS</b>	
	<b>PROCESO:</b> Gerencia del talento humano, Jurídica	<b>CÓDIGO</b> JUR_FTO_20
		<b>VERSIÓN</b> 01
		<b>VIGENCIA</b> 31/10/2023

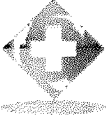
Los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información: Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SÉPTIMA:** Contraseña: La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información. Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA:** Bloqueo. Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DÉCIMA:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	<b>COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN          DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS</b>	
	<b>PROCESO:</b> Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO                      JUR_FTO_20
		VERSION                      01
		VIGENCIA                      31/10/2023

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

**APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
 REGIÓN DE SALUD SOACHA**

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DATADOC</li> <li>• SIVIGILA</li> <li>• SIVISALA</li> <li>• MANGO</li> <li>• PAI WEB</li> <li>• DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA</li> <li>• PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES</li> </ul>	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – RÉGIMEN SUBSIDIADO – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	<b>COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS</b>							
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	<table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>JUR_FTO_20</td> </tr> <tr> <td>VERSIÓN</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>5/07/2022</td> </tr> </table>	CÓDIGO	JUR_FTO_20	VERSIÓN	00	VIGENCIA	5/07/2022
	CÓDIGO	JUR_FTO_20						
VERSIÓN	00							
VIGENCIA	5/07/2022							

Para constancia se firma en Soacha, a los 28 días del mes de enero del 2026

*Jeeer up.*




Firma y huella

3167231000

Celular No.

Calejandraulloa96@gmail.com

Correo institucional

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	<b>FORMATO DE INHABILIDADES</b>		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH FTO 56
		VERSION	00
	VIGENCIA	04/05/2023	

Soacha, 28 de enero de 2026.

Señores

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**  
Soacha (Cundinamarca)

Yo CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO, identificado con C.C. 1026587270, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,



C.C. 1026587270





**SEGUROS DEL ESTADO**  
NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>BOGOTA, D.C.</b>	SUCURSAL <b>CHAPINERO</b>	TIPO DE MOVIMIENTO <b>EMISION ORIGINAL</b>	PÓLIZA No. <b>14-03-101008906</b>	ANEXO No. <b>0</b>
---	------------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------

TOMADOR <b>CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO</b>	DIRECCION <b>CR 100 69 48 SUR</b>	CIUDAD <b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT</b>	CC <b>1.026.587.270</b>	TELEFONO <b>3167231000</b>
ASEGURADO <b>CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO</b>	DIRECCION <b>CR 100 69 48 SUR</b>	CIUDAD <b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL</b>	CC <b>1.026.587.270</b>	TELEFONO <b>3167231000</b>
BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>			NIT <b>0-0</b>	

FECHA DE EXPEDICIÓN (D-M-A)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
<b>23 / 09 / 2025</b>	DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) <b>22 / 09 / 2025</b>	HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) <b>22 / 09 / 2026</b>	DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) <b>22 / 09 / 2025</b>	HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) <b>22 / 09 / 2026</b>

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION
AGENCIA DE SEGUROS GRUPO COLOMBIA L	225482	100.00			

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1  
ACTIVIDAD: PSICOLOGÍA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 100,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 100,000,000.00		\$ 20,000,000.00

DEDUCIBLES: \* 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD \* 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 10,000,000.0

OBJETO DE LA PÓLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ *****100,000,000.00	PRIMA: \$ *****115,802.00
PLAN DE PAGO: CONTADO	IVA: \$ *****22,002.00
	TOTAL A PAGAR: \$ *****137,804.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)



REFERENCIA PAGO:  
**1100211810858-1**

(415) 7709998021167 (8020) 11002118108581 (3900) 000000137804 (96) 20251106

*[Handwritten Signature]*

14-03-101008906

5

6





Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
<del>Sarampión - Rubéola</del>	<del>Única</del>	<del>25 ABR 2023</del>	<del>6ch</del>	<del>compensari</del>
<del>Fiebre Amarilla</del>	<del>Única</del>	<del>12 JUL 2022</del>	<del>23310101</del>	<del>Carolina Zambrano</del>
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1	12 JUL 2022	23310101	Carolina Zambrano
	1	7 AGO 2022	23310101	compensari
	3	6 MAR 2023	66673	compensari
TdaP acelular	1	5 ABR 2023	10076101	compensari
	2	2 AGO 2024	23310101	Valeldi Rutz
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	12 JUL 2022	22080050E	compensari
	2	7 AGO 2022	22080050E	compensari
	3	21 SET 2022	22080050E	compensari
HB RCF Antirribica	1	19 OCT 2023	23080050E	compensari
	3			
	4			
	Annual	02 AGO 2024	13A681V	Valeldi Rutz
Otras				





# UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS SAS

NIT: 901.458.228-7 - CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01  
 LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021  
 Dir. Calle 62 Sur 87 B 22 - Bosa Nova - Tropezón - Bogotá D.C.  
 Cel: 310 280 2760 - 321 204 9303  
 Email: unidadmedicabosanova@gmail.com - Web: ipsbosanova.com



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.287

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PARTICULARES			PARTICULAR			
Nombre de la empresa			Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
ULLOA PISCO CAMILA ALEJANDRA			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			FEMENINO	29 AÑOS 3 MESES 5 DÍAS	CC	1026587270
					Tipo	Número
Cargos <b>PSICOLOGA</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO PARA LABORAR, PARA LA LABOR ASIGNADA</b>						
Observaciones: <b>BAJO PESO- MIOPIA Y ASTIGMATISMO CON CORRECCION ACTUALIZADA</b>						
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
VISICOMETRÍA			EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTES		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE VISUAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO		
				HACER DEPORTE		
				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador, autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>						
Médico			Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CC: 1033765179 - JULIETH ANDREA GARAY R. M.: 1033765179 L.S.O.: 987 DE 27 ENERO Código de Seguridad D895J1P53287			 Firma: _____ Nombre: ULLOA PISCO CAMILA ALEJANDRA CC: 1026587270			



En la ciudad de Bogotá D.C. el día 5 del mes de septiembre de 2019 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por la **Dra. LINA URIBE CORREA**, Rectora en el cual la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, autorizada para el efecto según Resolución No. 18537 del 4 de noviembre de 1981 del Ministerio de Educación Nacional, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

**PSICÓLOGA**

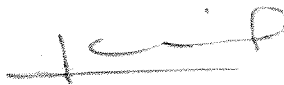
a

**Camila Alejandra Ulloa Pisco**

Identificado(a) con C.C. No. 1.026.587.270 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Fundación y con las normas legales le otorgó el Diploma No. **08056** que lo(a) acredita como profesional.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la ciudad de Bogotá el día 5 de septiembre de 2019.

Firmada por:

  
LINA URIBE CORREA  
RECTORA

  
DIEGO SÁNCHEZ CAMACHO  
DECANO

  
GRACE BATEMAN LAVERDE  
REGISTRO ACADÉMICO



REPÚBLICA DE COLOMBIA



PERSONERÍA JURÍDICA 18.537 DE 1981

# LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ

Teniendo en cuenta que

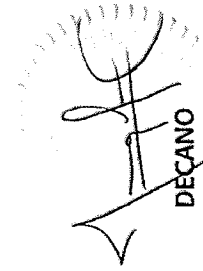
*Camila Alejandra Alzola Pisco*

Documento de Identidad C.C. No.: 1.026.587.270 Expedido en: Bogotá D.C.

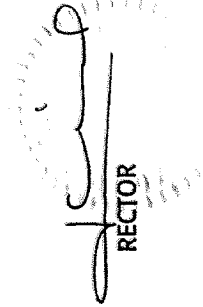
Terminó satisfactoriamente el Programa Profesional Universitario  
y cumplió con las exigencias reglamentarias del mismo, le confiere el título de

*Psicóloga*

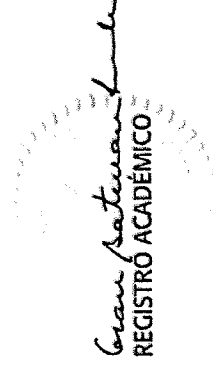
En testimonio firmamos y sellamos en la ciudad de Bogotá, D.C., el día 5 del mes de Septiembre de 2019.



DECANO



RECTOR



REGISTRO ACADÉMICO

Anotado al Folio 65 del Libro No. 03  
Día 05 Mes 09 Año 2019

08056





**Unisanitas**

La Fundación Universitaria Sanitas, con personería jurídica reconocida  
mediante Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Acta de Grado N° EP962  
(Folio 962 del Libro EP09)

En la ciudad de Bogotá D.C. a los catorce (14) días del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024), la Fundación Universitaria Sanitas, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional de la misma, como consta en el registro SNIES No. 109376, llevó a cabo el acto solemne de graduación mediante el cual, previo juramento, otorga el título de

# ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

A

**Camila Alejandra Ulloa Pisco**

Identificada con C.C. N° 1026587270 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para conferir dicho título profesional. Por lo tanto, se le hizo entrega del Diploma N° 24B057EP000962 que la acredita como tal.

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

Mario Arturo Isaza Ruget  
Rector

Rolando Salazar Sarmiento  
Decano

Johns Steve Navarro Lara  
Secretario General

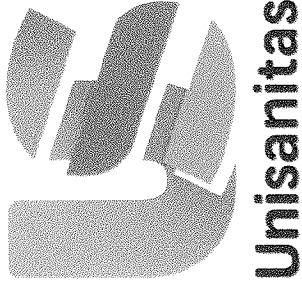


Digitally signed by: eTITULO - FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS -

Date: 21 mar. 2024 16:56:47 UTC

<https://etitulo.com/validar/EB713366-F690-4F50-B81B-65AF79A39152>





**Unisanitas**

La Fundación Universitaria Sanitas, con personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

Considerando que

*Camila Alejandra Ulloa Pisco*

Identificada con C.C. No 1026587270 de Bogotá, D.C.

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

## ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos el presente Diploma en Bogotá D.C., a los catorce (14) días del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024).

*Mario Arturo Isaza Ruget*

Mario Arturo Isaza Ruget  
**Rector**

*RH St.*

Rolando Salazar Sarmiento  
**Decano**

*Johns Steve Navarro Lara*

Johns Steve Navarro Lara  
**Secretario General**



Digitally signed by: eTITULO - FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS -  
Date: 21 mar. 2024 16:56:32 UTC  
<https://otitulo.com/validar/v/C8C8C8B-4E8B-4DF1-F05C-6FE208A04F88>





**Unisanitas**

La Fundación Universitaria Sanitas, con personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Acta de Grado N° EP1355  
(Folio 01355 del Libro EP13)

En la ciudad de Bogotá D.C. a los once (11) días del mes de septiembre del año dos mil veinticinco (2025), la Fundación Universitaria Sanitas, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional de la misma, como consta en el registro SNIES No. 110199, llevó a cabo el acto solemne de graduación mediante el cual, previo juramento, otorga el título de

# MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO

Identificada con C.C. N° 1026587270 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para conferir dicho título postgradual. Por lo tanto, se le hizo entrega del Diploma N° 25-11019-1355 que la acredita como tal.

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

Mario Arturo Isaza Ruget  
Rector

Rolando Salazar Sarmiento  
Decano

Johns Steve Navarro Lara  
Secretario General

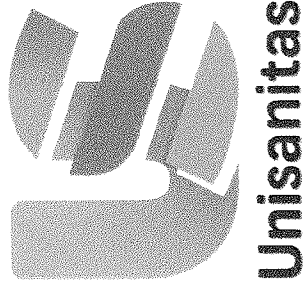


Digitally signed by: eTITULO - FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS -

Date: 22 ago. 2025 10:43:27 UTC

<https://estubo.com/validdate/v40C08D25-51E1-4BAD-A976-161971F3B690>





**Unisanitas**

La Fundación Universitaria Sanitas, con personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

Considerando que

**CAMILA ALEJANDRA VILLOA PISCO**

Identificada con C.C. N° 10026587270 de Bogotá D.C.

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

**MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos el presente Diploma en Bogotá D.C., a los once (11) días del mes de septiembre del año dos mil veinticinco (2025).

*Mario Arturo Isaza Ruget*

Mario Arturo Isaza Ruget  
**Rector**

*Rolando Salazar Sarmiento*

Rolando Salazar Sarmiento  
**Decano**

*Johns Steve Navarro Lara*


Johns Steve Navarro Lara  
**Secretario General**



Digitally signed by: eTITULO - FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS -  
Date: 22 ago. 2025 10:44:05 UTC  
<https://titulo.com/validate/VCT9EFDD00-05A0-49EB-A0FF-AS6FB8C02A4>



Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGO de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.



**GLORIA AMPARO VÉLEZ**  
Presidente del Consejo Directivo

[www.colpsic.org.co](http://www.colpsic.org.co)



COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

**TARJETA PROFESIONAL  
DE PSICÓLOGA**

No. 202505

Fecha de expedición: 22/10/2019

**CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO**

Cédula de Ciudadanía

1026587270



Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente



## Resolución No A38125 del día 22 del mes de Agosto del año 2022 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) CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO Identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026587270, solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión/ocupación PSICOLOGIA otorgado por FUNDACION UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ, el día 2019-09-05, con el acta 020, registrado en el libro 03, Folio 65, 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 CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026587270, para ejercer la profesión/ocupación de PSICOLOGIA en el Territorio Nacional.

**ARTICULO SEGUNDO:** CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026587270, 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 CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO , identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026587270, 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 22 días del mes de Agosto del año 2022

DORA DUARTE PRADA  
Subdirector (a) Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.  
Código de verificación: M8dkQGn2dY



# ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación \*                      Número de Identificación \*  
Cedula de Ciudadania                      1026587270

Primer Nombre                                  Primer Apellido  
CAMILA    ULLOA

Confirme los números de la Imagen \*

Cambiar

10

Limpiar

Resultado General -2026-01-28→5:24:28 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1026587270	CAMILA	ALEJANDRA	ULLOA	PISCO	Vigente	<a href="#">Ver</a>

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO identificado(a) con CC 1026587270 registra La siguiente información:

2026-01-28→5:24:28 PM

### Información Académica

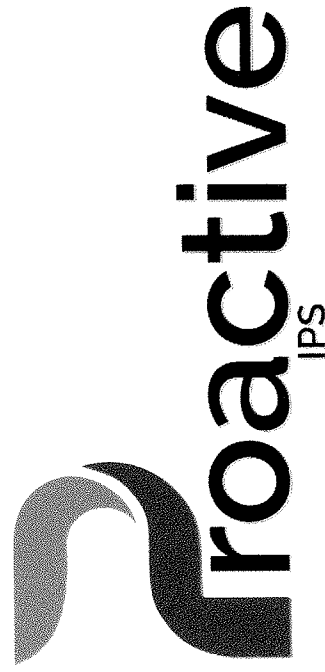
Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	PSICOLOGIA	2022-08-22	38125	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).





d91a8f42-0ab0-4d56-801b-389dbb1e0f84



Hace constar que

**Camila Alejandra Ulloa pisco**

Con documento de identidad No. **1026587270**

Curso, aprobo y completo satisfactoriamente el curso de **Atención integral a víctimas de ataques con agentes químicos;** con una duración de **40 horas.**

El presente se otorga a solicitud del interesado y es valido por **2 (dos) años** a partir de la fecha de expedición.

Se firma de manera digital el día **17 de septiembre de 2025**

**Camillo Felipe Blanco Marin**  
**Gerente General**

**Nany Tatiana Vélloza Manegas**  
**Directora de educación continuada**





3400c34e46c149a4bc0474acc5b3ad64



**Hace constar que**

**Camila Alejandra Ulloa pisco**

Con documento de identidad No. **1026587270**

Curso, aprbo y completo satisfactoriamente el curso de **Atención integral a víctimas de la violencia sexual y de genero (Código Blanco)**; con una duración de **40 horas**.

El presente se otorga a solicitud del interesado y es valido por **2 (dos) años** a partir de la fecha de expedición.

Se firma de manera digital el día **17 de septiembre de 2025**

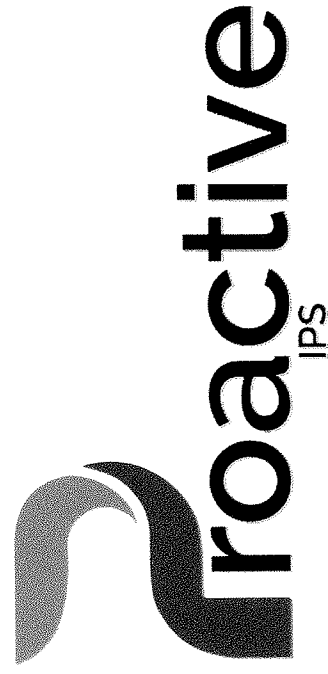
Camillo Felipe Blanco Marin  
**Gerente General**

Nanly Tatiana Vélloza Manegas  
**Directora de educación continuada**





b217b645-b7ec-4181-af99-18dbef25bdb5



**Hace constar que**

**Camila Alejandra Ulloa pisco**

Con documento de identidad No. **1026587270**

Curso, aprobo y completo satisfactoriamente el curso de **Manejo del duelo, la pérdida y el trauma;**  
con una duración de **40 horas.**

El presente se otorga a solicitud del interesado y es  
valido por **2 (dos) años** a partir de la fecha de expedición.

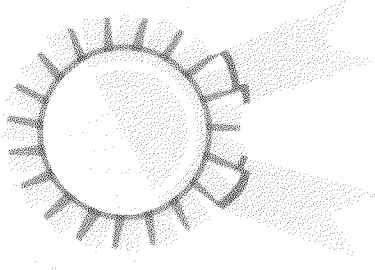
Se firma de manera digital el día **17 de septiembre de 2025**

Camillo Felipe Blanco Marin  
**Gerente General**

Nanly Tatiana Vélloza Manegas  
**Directora de educación continuada**



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGION DE SALUD SOACHA**



**CERTIFICA QUE:**

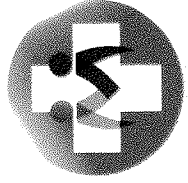
***CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO***

Realizó el curso de:

**INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN**

**ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL  
CAPACITADOR**

Fecha de Emisión: enero 29, 2026



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
**REGION DE SALUD  
SOACHA**

**DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA  
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO**







## FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

### CERTIFICA QUE:

**CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1026587270

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

**FIEBRE AMARILLA (BASICO)**

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-29.  
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ



REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

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





## FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

### CERTIFICA QUE:

**CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1026587270

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

**DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE  
(BÁSICO)**

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-29.  
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ



REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

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



Bogotá 17 de Noviembre de 2018

**A QUIÉN PUEDA INTERESAR**

Por medio de la presente nos permitimos certificar que la estudiante ULLOA PISCO CAMILA ALEJANDRA, identificada con cédula de ciudadanía número 1026587270, expedida en Bogotá DC, realizó su práctica profesional en Psicología Clínica en nuestra Institución, durante el periodo comprendido entre el 01/ 08 / 2018 y el 17 / 11 / 2018.



Las funciones desarrolladas por el estudiante consistieron en:

1. Terapia individual
2. Asistencia inmediata
3. Actividades de promoción y prevención

Consideramos que el desempeño del estudiante, se caracterizó por su responsabilidad, compromiso y alta formación conceptual. Sea esta la oportunidad de expresar mis agradecimientos por el apoyo recibido.

Se expide la presente certificación a los 17 días del mes de Noviembre del año 2018

Atentamente,



**KONRAD  
LORENZ**  
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
CENTRO DE PSICOLOGÍA  
CLÍNICA  
DIRECCIÓN

**DIANA MILENA GARCIA BELTRÁN**

**Directora**

**Centro Psicología Clínica**

**Fundación Universitaria Konrad Lorenz**



**LA UNIDAD DOCENTE ASISTENCIAL DE**

**CLINICA COLSANITAS S.A.**

**HACE CONSTAR**

Que **CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO**, identificada con CC 1026587270, estudiante del programa de Especialización en PSICOLOGIA CLÍNICA, de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS, realizo rotación académica de la siguiente manera:

- ✓ Psicología Clínica y de la Salud: CM Plaza Central: Del 08 de Agosto de 2023 al 07 de Diciembre de 2023, con una intensidad de 90 horas.

Se expide a solicitud del interesado, el 15 de Diciembre de 2023.

Atentamente,



**SANDRA ZORRO CERON**  
Jefe Unidad Docente Asistencial





**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**  
**POLICÍA NACIONAL**  
**AREA CIENTIFICA Y DE ATENCION EN SALUD**  
**HOCEN**  
**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y FORMACION**

ARCIN - DEIFO - 3.1

Bogotá D.C., 18 de febrero de 2025

**EL SUSCRITO DIRECTOR DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL**

**CERTIFICA QUE:**

La estudiante CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO identificada con cedula de ciudadanía número 1.026.587.270, suscrita a la Fundación Universitaria Sanitas, realizó prácticas de Maestría en Psicología Clínica y de la Salud en el Hospital Central de la Policía, durante el periodo comprendido entre el 08 de agosto de 2024 y el 7 de diciembre de 2024.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá a los 18 días del mes de febrero de 2025

Atentamente,

...



Firmado digitalmente por:  
Nombre: Juan Pablo Blanco Sierra  
Grado: Coronel  
Cargo: Director (A) Hospital Central  
Cédula: 79949470  
Dependencia: Hospital Central De La Policia  
Unidad: Direccion De Sanidad  
Correo: [juan.blanco@correo.policia.gov.co](mailto:juan.blanco@correo.policia.gov.co)  
19/02/2025 8:18:02 a. m.

Anexo: si

KR 59 26 21  
Teléfono: 2202173  
[hocen.dedoc@policia.gov.co](mailto:hocen.dedoc@policia.gov.co)  
[www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co)

**INFORMACIÓN PÚBLICA**



**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS  
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

**NIT: 900959051-7**

***SE INFORMA QUE:***

El (la) señor(a) CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO, identificado(a) con CC. No. 1026587270, prestó sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

---

**Contrato PS 4737 2023:**

**Fecha Inicio: 27/03/2023      Fecha Terminacion: 30/06/2024      Valor Contrato: \$56.527.129**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

1. Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 3. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 5. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 7. Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 8. Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. 9. Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 10. Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 11. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 12. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión

---

**Contrato PS 6100 2022:**



Diagonal 34 No. 5 - 43  
 Contratación OPS  
 www.subredcentroorientee.gov.co  
 Bogotá Postal 110311

La adhiración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los artículos 286 y S.S. del Código Penal (Colombiano)

**MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN**  
 Directora de Contratación  
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Cordialmente,

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, vía correo electrónico a [certificacionsops@subredcentroorientee.gov.co](mailto:certificacionsops@subredcentroorientee.gov.co) o dirigirse a la Diagonal 34 # 5-27, oficina de Contratación OPS

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C., el día 14 de Agosto de 2024.

1. Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 3. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o reportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 5. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 7. Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 8. Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. 9. Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 10. Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 11. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 12. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Fecha Inicio: 07/10/2022 Fecha Terminación: 26/03/2023 Valor Contrato: \$21.288.505

*Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.*

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo  
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria  
Revisó: Maria Lorena Rojas Van Strahlen - Directora de Contratación



**NIT. No. 900.900.122-7**

**Certifica**

Que la señora **CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO** identificada con **CÉDULA DE CIUDADANIA No. 1026587270** presta sus servicios en la compañía realizando actividades como **PSICOLOGO (A) CLÍNICO** con un contrato bajo la modalidad de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE NATURALEZA CIVIL**, desde el día diecisiete (17) de **ABRIL** de dos mil veinticinco (2025), con un ingreso por concepto de honorarios promedio mensual de **SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE (\$728.300.oo)**.

Dentro de sus principales funciones se encontraban:

1. Realizar valoraciones iniciales en el ámbito personal, familiar y académico del paciente garantizando la cobertura y oportunidad de todas las intervenciones de los usuarios a nivel nacional
2. Formulación del caso y diagnóstico diferencial del usuario y/o familiar si se requiere pertinente.
3. Realizar diligenciamiento correcto de historias clínicas en el programa Clinic on line.
4. Define el plan de tratamiento con objetivos y metas terapéuticas, simultáneamente realizando seguimiento a el mismo.
5. Acompañamiento en duelo.
6. Atención en crisis.
7. Brindar información a familiares y/o cuidadores del estado del paciente.
8. Participar con carácter obligatorio de los comités primarios del servicio de psicología
9. Realizar reporte específico de riesgo suicida y/o código blanco ante SIVIM-SISVECO

10. Aplicación e interpretación de pruebas y/o baterías de evaluación psicológicas.
11. Realizar tele consultas siguiendo los lineamientos de la historia clínica de los usuarios de Health & Life IPS.

La presente certificación se expide a petición de la interesada a los nueve (09) días del mes de enero de dos mil veintiséis (2026).

Para constatar la veracidad del documento favor comunicarse a la línea 3009121102 Ext.1059, o al e-mail: [INFOTALENTOHUMANO@HLIPS.COM.CO](mailto:INFOTALENTOHUMANO@HLIPS.COM.CO).

Cordialmente,



**MARIANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ**  
Gerencia General  
Health & Life IPS SAS