



**FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA
CONTRATACIÓN**

Código:FO-AA-510-07

Fecha: 05-12-2025

Versión: 08

Página 1 de 2

| | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | <i>Jovita Victoria Ortega Patiño</i> |
| TIPO Y N° DE DOCUMENTO: | <i>1060654175</i> |
| CARGO: | <i>Auxiliar de facturación</i> |
| FECHA DE INGRESO: | |
| SUPERVISOR: | |

| | DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS | SI | NO | NO APLICA | FECHA VENCIMIENTO |
|----|--|----|----|---------------|-------------------|
| 1 | Propuesta técnica y económica | | | | |
| 2 | Formato único hoja de vida Persona Natural diligenciada y actualizada en SIGEP II | ✓ | | <i>firmar</i> | |
| 3 | Declaración juramentada de bienes y rentas y actividad económica privada, diligenciada y actualizada aplicativo de la Ley 2013 del 2019 | ✓ | | | |
| 4 | Constancia de registro como proveedor en SECOP II | ✓ | | | |
| 5 | Certificado Inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años ley 1918 de 2018. | ✓ | | | |
| 6 | Certificado de Antecedentes Procuraduría General de la Nación- Persona Natural | ✓ | | | |
| 7 | Certificado de Antecedentes de Responsabilidad Fiscal- Contraloría General de la República- persona natural | ✓ | | | |
| 8 | Certificado de antecedentes judiciales- Policía Nacional de Colombia – Persona natural. | ✓ | | | |
| 9 | Certificado Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional (RNMC) | ✓ | | | |
| 10 | Certificado de REDAM (registro de deudores alimenticios morosos) | ✓ | | | |
| 11 | Copia del Registro único Tributario (RUT), actualizado. | ✓ | | | |
| 12 | Libreta Militar o documento que acredite situación militar definida | | | ✓ | |
| 13 | Antecedentes disciplinarios del ente rector | | | ✓ | |
| 14 | Cédula de ciudadanía, (extranjero: cédula extranjería, pasaporte y visa, permiso de trabajo, cámara y comercio). En caso de tratarse de persona jurídica documento de constitución o certificado de existencia de representación legal | ✓ | | | |
| 15 | Certificación del estado de la cedula de ciudadanía - RNEC | ✓ | | | |
| 16 | Soporte de estudios: Diploma, Acta de grado y demás estudios complementarios | ✓ | | | |
| 17 | Copia de la tarjeta profesional | | | ✓ | |
| 18 | Copia de matrícula profesional o registro, en los casos que aplique | | | ✓ | |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|--|
| 19 | Soporte de experiencia laboral | ✓ | ✓ | | |
| 20 | Certificado de cuenta bancaria | ✓ | ✓ | | |
| 21 | Póliza de Responsabilidad Civil – cuando aplique | | | ✓ | |
| 22 | Pase de 5ª categoría (conductores) | | | ✓ | |
| 23 | Ultima planilla de pago de aportes a seguridad social como Independiente | ✓ | ✓ | | |
| 24 | Certificados de afiliación a seguridad social como independiente (EPS – AFP) | ✓ | ✓ | | |
| 25 | Examen médico laboral de Ingreso | ✓ | ✓ | | |
| 26 | Vacuna Influenza Anual | ✓ | ✓ | | |
| 27 | Covid-19 3 dosis | ✓ | ✓ | | |
| 28 | Hepatitis mínima una dosis | ✓ | ✓ | | |
| 29 | Tétano | ✓ | ✓ | | |

| ANEXO | | | | | |
|-------|---|----|----|-----------|-------------------|
| | CERTIFICADOS OBLIGATORIOS VIGENTES PARA PERSONAL ASISTENCIAL | SI | NO | NO APLICA | FECHA VENCIMIENTO |
| 1 | Verificación de título (RETHUS) | | | | |
| 2 | Certificado soporte vital básico y/o avanzado | | | | |
| 3 | Certificado atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual | | | | |
| 4 | Certificado atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos | | | | |
| 5 | Certificado gestión del duelo | | | | |
| 6 | Certificado toma de muestras sanguíneas | | | | |
| 7 | Certificado de administración de inmunobiológicos | | | | |
| 8 | Certificado vigente evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante (médicos) | | | | |
| 9 | Certificado protección radiológica (personal de radiología) | | | | |
| 10 | Certificado manejo defensivo de seguridad vial (conductores) | | | | |
| 11 | Certificado manejo de residuos hospitalarios (servicios generales) | | | | |
| 12 | Inducción y reinducción en SST | | | | |

Villamaría, caldas 08 FEBRERO de 2026

Señor
JAIME ENRIQUE ACOSTA DÍAZ
Gerente
E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Villamaría
gerencia@hospital-sanantonio-villamaría.gov.co
Villamaría, Caldas

ASUNTO: PRESENTACION DE PROPUESTA PARA CONTRATAR

Presento ante usted propuesta formal para participar en el proceso de contratación que adelanta su Hospital para CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.

| | |
|---------------|---|
| OBJETO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARÍA, CALDAS |
|---------------|---|

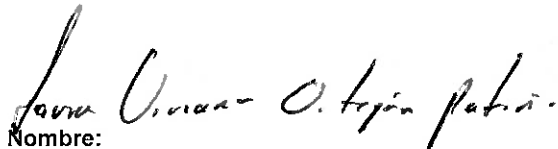
ESPECIFICACIONES DEL SERVICIOS A PRESTAR

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARÍA, CALDAS

| | |
|---|---|
| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA QUE REALIZARE | <ol style="list-style-type: none">1. Apoyar temporal, independiente y sin subordinación la ejecución de los procesos en la dependencia requerida por la E.S.E.2. Apoyar las actividades y tareas relacionadas con la gestión general de la entidad enfocadas a la venta y cobro de los servicios de salud prestados por la entidad.3. Apoyar las actividades y tareas relacionadas con la gestión general de la entidad enfocada en cumplir las obligaciones pactadas por la ESE con las entidades adiestradoras de planes de beneficios del Sistema general de Seguridad social en Salud y/o obligadas por los entes de control.4. Apoyar las actividades y tareas relacionadas con la gestión requerida por la ESE para la radicación de la venta de servicios de salud y la elaboración de la información relacionada con la misma para su cargue en las plataformas públicas y privadas según aplique.5. Apoyar las actividades y tareas relacionadas con la gestión requerida por la ESE para la dar cumplimiento al Sistema de garantía de Calidad en Salud |
| VALOR TOTAL PROPUESTA | UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE (\$1.397.736). |
| FORMA DE PAGO CON LA CUAL ESTOY DE ACUERDO | EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILAMARIA- E.S.E., CANCELARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO LA SIGUIENTE MANERA: EN UN (01) pago total, mes vencido, por un valor UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE (\$1.397.736). DE Y LOS CUALES SERAN PAGADEROS AL FINALIZAR CADA MES Y/O DENTRO DE LOS PRIMEROS DIAS DEL MES SIGUIENTE PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA DE ACUERDO AL SERVICIO SOLICITADO POR EL HOSPI AL (DEBIDO AL FLUJO DE RECURSOS ECONÓMICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS EN LA ESE) Y PREVIA CERTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES POR PARTE DEL SUPERVISOR ASIGNADO PARA TAL |

| | |
|---|--|
| | FIN Y ACREDITAR QUE SE ENCUENTRA A PAZ Y SALVO CON SEGURIDAD SOCIAL Y PAGO DE APORTES PARAFISCALES, DANDO CUMPLIMIENTO A LA LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003 A LA CUENTA SE LE HARÁN LOS DESCUENTOS DE LEY Y EL VALOR NETO OBTENIDO SE PAGARÁ PREVIO A LOSTRÁMITES ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. |
| PLAZO - DURACION | DESDE EL ACTA DE INICIO Y HASTA EL 28 DE FEBRERO DE 2026. |
| DOCUMENTOS QUE PRESENTO CON LA PROPUESTA | <p>CAPACIDAD JURIDICA:</p> <p>PARA EL PRESENTE PROCESO CONTRACTUAL SE EXIGE QUE EL CONTRATISTA CUMPLA CON LOS REQUISITOS HABILITANTES DEL OFERENTE PARA PARTICIPAR EN UN PROCESO DE CONTRATACIÓN REFERIDOS A SU CAPACIDAD JURÍDICA, TÉCNICA, ECONÓMICA, ASÍ:</p> <p>A. CAPACIDAD JURÍDICA:</p> <p>El contratista, deberá acreditar como mínimo los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formato único de hoja de vida del departamento administrativo de la función pública. 2. Copia de cedula. 3. Copia del diploma y/o Acta de Grado. 4. Declaración juramentada de bienes y renta en el formato del departamento administrativo de la función pública. 5. Certificado de antecedentes disciplinarios de la PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION, vigente al momento de la suscripción del contrato. 6. Certificado de antecedentes fiscales de la CONTRALORIA GENERAL DE LA NACIÓN, vigente al momento de la suscripción del contrato. 7. Antecedentes judiciales de la POLICIA NACIONAL, vigente al momento de presentar la suscripción del contrato. 8. Certificado de medidas correctivas 9. Registro Único tributario (RUT) copia. <p>B. CAPACIDAD ECONÓMICA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PROPUESTA ECONÓMICA IMPRESA Y EN MEDIO MAGNÉTICO DONDE SE DETERMINE, ÍTEM, DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO, PRESENTACIÓN, UNIDAD DE MEDIDA, CANTIDAD, VALOR UNITARIO, VALOR TOTAL. "DEBE SER IGUAL A LA COTIZACIÓN PRESENTADA " <p>C. CAPACIDAD TÉCNICA: TITULOS OBTENIDOS</p> |

Atentamente



Nombre:

Cedula: 0060651175

FORMATO COMPLETO
ENTIDAD RECTORA

HOJA DE VIDA
Persona Natural

(Leyes 130 de 1995, 483 y 443 de 1998)

Lima/Perú

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO DE CASADA: NOMBRES: LIMA/PERU

FECHA DE NACIMIENTO: C.F. P.A.S. No. IDENTIFICACION: F. M. N.B. NACIONALIDAD: COLOMBIANO COLOMBIANO COLOMBIANO

TABAJA MULTA: PRIVADA CLASE: SEGUNDA CLASE: NUMERO: D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: CALE 4 N 6 118 DIRECCION DE CORRESPONDENCIA

FECHA: DIA 18 MES 11 AÑO 1995

PAIS: COLOMBIA DEPTO: CALDAS MUNICIPIO: VILLAMARIA TELEFONO: 8770011 EMAIL: LINDACOR@netelcom

2 FORMACION ACADÉMICA

EDUCACION BASICA Y MEDIA
NOMBRE CON UNA Y CUATRO GRADOS APRENDIDO (LOS GRADOS DE LA A.C. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º A 11º DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| EDUCACION BASICA | | EDUCACION MEDIA | | TITULO OBTENIDO | | FECHA DE GRADO | | | | | | |
|------------------|------------|-----------------|----|-----------------|-----|----------------|-----|----|-----|-----|-----|------|
| PRIMARIA | SECUNDARIA | 7º | 8º | 9º | 10º | MES | AÑO | | | | | |
| 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º | 12º | 2015 |

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
UNICUALDE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA

TO TECNICA: TL (TECNOLOGICA) TE (TECNOLOGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ESPECIALIZACION: MG (MAESTRIA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONES AL FREYRE EL NUMERO DE LA TABLITA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD ACADÉMICA | Nº SEMESTRES APRENDIDOS | GRADUADO SI NO | NOMBRE DE LOS ENTORNOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACION MES AÑO | Nº DE TABLITA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------------|--|---------------------|---------------------------|
| PREGRADO | 4 | X | GESTION ADMINISTRATIVA | 06 2017 | |
| PREGRADO | 2 | X | ASISTENCIA ADMINISTRATIVA | 11 2015 | |

3 EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
UNICUALDE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA

UNICUALDE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA

UNICUALDE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA

4 IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE, LEA, ESCRIBA DE FORMA REGULAR (R), SEMI (B) O MAL (MB)

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

| EMPRESA O ENTIDAD | RUBRO | PRIVADA | PAIS |
|--|-------|---------|----------|
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO VILLAMARIA CALDAS | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|--------------|------------|------------------|-----------------|
| CALDAS | VILLAMARIA | 14 MAR 11 | 2020 |

| TIPO DE CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCION | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|-------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------|-----------------|
| ACTUAL ADMINISTRATIVO | AREA DE FACTURACION Y URGENCIAS | DIRECCION CARRIBENA N. 538 | MAR 11 | AGO 18 |

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

| INSTITUCION EDUCATIVA | PAIS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|-----------------------|------|------------------|-----------------|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|--------------|-----------|------------------|-----------------|
| | | | |

| TELEFONOS | DIRECCION | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|-----------|-----------|------------------|-----------------|
| | | | |

| AREA DE COMERCIALIZACION | NIVEL EDUCATIVO | DIRECCION | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|--------------------------|-----------------|-----------|------------------|-----------------|
| | | | | |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 150 de 1997, 483 y 443 de 1998)

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
| | AÑOS | MESES |
| SEÑOR PÚBLICO | 4 | 4 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GARANTÍA DEL JURAMENTO QUE SI, NO, ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCAPACITACIÓN 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 UNIDO DE HOJA DE VIDA, SON VERDADES, (ARTÍCULO 36 DE LA LEY 150 DE 1997).

Ciudad y fecha de otorgamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

SE CERTIFICA QUE LA INSCRIPCIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SUPLENTE

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LINEA CENTRAL DE ATENCIÓN AL CLIENTE TEL: 6100017799 FAX: 6100017799 WWW.AGORA.PUBLICA.GOV.CO



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

Tipo de declaración INGRESO Fecha de publicación 2026-02-09 08:03

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| LAURA | VIVIANA | ORTEGON | PATINO |

Documento de identificación

| Tipo | Número |
|----------------------|------------|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 1060654175 |

Lugar de nacimiento

| País | Departamento | Municipio |
|----------|--------------|-----------|
| COLOMBIA | CALDAS | MANIZALES |

Lugar de domicilio

| País | Departamento | Municipio |
|----------|--------------|------------|
| COLOMBIA | CALDAS | VILLAMARIA |

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

HOSPITAL SAN ANTONIO VILLAMARIA CALDAS

Lugar de sede

| País | Departamento | Municipio |
|----------|--------------|------------|
| COLOMBIA | CALDAS | VILLAMARIA |

Dirección [Cra 6 Iiro 568]

Cargo o función que cumple

CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2022 fueron:

Versión 4.3 - Agosto 2024

| CONCEPTO | VALOR |
|-------------------------------------|-----------------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | \$1 440 000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | \$0,00 |
| Gastos de representación | \$0,00 |
| Arrendos | \$0,00 |
| Honorarios | \$0,00 |
| Otros ingresos y rentas | \$0,00 |
| TOTAL | \$1 440 000,00 |

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|-------------------|--------------------------|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | \$0,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|--------------|------|--------------|-----------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son

| Concepto | Saldo |
|------------------|--------------|
| GASTOS MENSUALES | \$550 000,00 |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|------------------------------|--------|--------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|------|------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1.3 DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|----------------------------|---------------------|
| | |
| | |
| | |

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1 INFORMACIÓN DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo conyuge o compañero(a) permanente: Sí No

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

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

Tipo documento

Número

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

| |
|--|
| |
|--|

2.2 INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: SI No

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

| Nombre entidad | Valor |
|----------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: SI No

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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

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

| Parentesco | Parente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|------------|---------|--------------------------------|------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: SI No

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---------|-------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: SI No

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|-------------------|-------|------|
| | | |
| | | |
| | | |

Información general

Áreas de interés
 Configuración Entidad Estatal Proveedor
 Administración de usuarios
 Recomendaciones (no disponible)
 Biblioteca de documentos
 Suscripción a notificaciones



Nombre de la entidad: LAURA VIVIANA ORTEGA PATIÑO
Nombre de usuario: LAURA VIVIANA ORTEGA PATIÑO
Fecha de creación: 11/12/2012 10:17:46:691 Bogotá, lunes, enero
País de origen: COLOMBIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
Número de documento: 1008541715
Tipo Entidad Estatal / Empresa: Empresa unipersonal colombiana
Proveedor:
Código UNDP93C:
Zona horaria: **Idioma:**
Mandato por defecto:

País: COLOMBIA
Ciudad: Caldas
Municipio: Villavieja

Información de contacto

Dirección: CALLE 4 # 8-105
Código postal:
Teléfono de oficina: 3207183208
Fax de oficina:
Correo electrónico de la oficina: lauravivianaortega@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones: lauravivianaortega@gmail.com
Dirección: **Estado:** **País:** **Teléfono:**
 *No se han actualizado los campos de búsqueda específicos

Página web

Página web:
Facebook:
URL LinkedIn:
URL de YouTube:
Twitter URL:

Contacto principal

Título:
Nombre: LAURA VIVIANA ORTEGA PATIÑO
Cargo: sus facturación
3207183208

Correo electrónico: lauravivianaortega@gmail.com

Información financiera (No diligenciar la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros)

| Año fiscal | Ingresos | Ebitda | Número de empleados |
|---|----------|--------|---------------------|
| No existen resultados que cumplir con los criterios de búsqueda especificados | | | |



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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Bolson de Responsables Fiscales "SIBOR", hoy lunes, 09 de febrero de 2026, a las 08:15:23, el número de identificación, relacionado a continuación, **NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.**

| | |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1060654175 |
| Código de Verificación | 1060654175260209081523 |

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 230 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO LUJÁN SANCRAUZ
Contralor Delegado

Genero WEB

Con el Código de Verificación puede consultar la autenticidad del Certificado
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1, Código Postal 110071, PBX 5187060 Bogotá D.C
Colombia, Contraloría General de la Administración

Página 1 de 1



9/2/26 8:17

Policía Nacional de Colombia

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:17:26 AM horas del 09/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1060654175

Apellidos y Nombres: **ORTEGON PATINO LAURA VIVIANA**

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 Cercado #75
 75 Calle 100, Medellín, Antioquia, Colombia
 Tel: +57 415 500 9114 / 500 9115
 Fax: +57 415 500 9117
 Correo: atencionalciudadano@policia.gov.co
 Sitio Web: www.policia.gov.co
 Email: atencionciudadano@policia.gov.co



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/02/2026 08:19:34 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía No. **1060654175** y Nombre: **LAURA VIVIANA ORTEGON PATIÑO**.

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. **134424727** . 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

516 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección Central - Cra. 54 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAI - Bogotá D.C.
Línea de atención al ciudadano: 01 8000 18 112



GOV.CO



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez corroborada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación No. 1060654175 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, se otorga y cuando el tipo y número correspondientes en el respectivo documento de identificación, coinciden con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 03/02/2026 07:59 AM



Código Verificación: 98GAJPLQTS

Válida hasta: 10/05/2026

Dirección de Gobierno Digital
MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Código de verificación

115509824



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**EL GRUPO SERVICIO DE INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL
CERTIFICA:**

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

Cédula de Ciudadanía: 1.060.654.175
Fecha de Expedición: 22 DE NOVIEMBRE DE 2013
Lugar de Expedición: VILLAMARIA - CALDAS
A nombre de: LAURA VIVIANA ORTEGÓN PATIÑO
Estado: VIGENTE

**ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA**

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 11 de Marzo de 2026

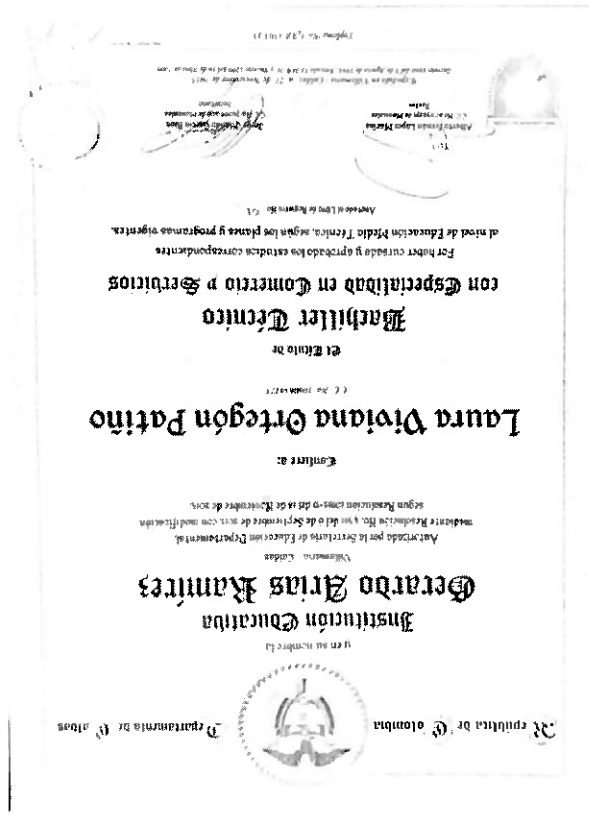
De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 9 de febrero de 2026

EDISON QUIJONES SILVA
Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

Para verificar la autenticidad de este certificado consulte (115509824) en la página web en la dirección <http://www.registraduria.gov.co/> opción "Consultar Certificado"

página 1 de 1





REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en consecuencia que

Laura Viviana Ortegón Patiño

Con Cédula de Identificación No. 1.000.654.171

ha cursado y aprobado el programa de Formación Profesional Integral y cumplido con las condiciones requeridas por la entidad de conformidad con el

Título de

TECNOLOGO EN

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

En cumplimiento de la ordenanza se firma el presente Título en Medellín, a los veintinueve (29) días del mes de agosto de dos mil diecisiete (2017).

Firmado Digitalmente por
ELKIN MAURICIO AVILA OSORIO
SERVIDOR NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autoridad del Documento
Bogotá, Colombia
ELKIN MAURICIO AVILA OSORIO
SERVIDOR NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
REGISTRADO EN LA E.S.E.

FORMA 21 3036-2017
No. 1223815 PNC 13483

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.sena.gov.co> con el número de documento 1223815 PNC 13483.

Scanned by TacScanner



Powered by CanScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en consecuencia que

Laura Viviana Ortegón Patiño

Con Cédula de Identificación No. 1.000.654.171

ha cursado y aprobado el programa de Formación Profesional Integral y cumplido con las condiciones requeridas por la entidad de conformidad con el

Título de

TÉCNICO EN

ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

En cumplimiento de la ordenanza se firma el presente Título en Medellín, a los veintinueve (29) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017).

Firmado Digitalmente por
ELKIN MAURICIO AVILA OSORIO
SERVIDOR NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autoridad del Documento
Bogotá, Colombia
ELKIN MAURICIO AVILA OSORIO
SERVIDOR NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
REGISTRADO EN LA E.S.E.

FORMA 21 3036-2017
No. 1223815 PNC 13483

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.sena.gov.co> con el número de documento 1223815 PNC 13483.

Scanned by TacScanner



Powered by CanScanner



LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARÍA CALDAS,
IDENTIFICADA CON NIT 890801944-4

CERTIFICA QUE:

La señora **LAURA VIVIANA ORTEGÓN PATIÑO**, identificada con cedula de ciudadanía N° 1060654175 de la ciudad de Villamaria Caldas, presto sus servicios laborales en la institución, desempeñándose como **Auxiliar de Facturación**, suscribiendo los siguientes contratos de prestación de servicios:

Contrato N° 30 – 2025: Del 01 de enero de 2025 al 31 de marzo de 2025
Contrato N° 149 – 2025: Del 01 de abril de 2025 al 30 de junio de 2025

Objeto Contractual

Prestación de servicios personales de apoyo a la gestión administrativa como auxiliar de facturación en la E.S.E Hospital San Antonio de Villamaria Caldas.

La anterior certificación se expide a solicitud de la persona interesada para los fines pertinentes, dada en Villamaria Caldas a los treinta (30) días del mes de junio de 2025.

Atentamente,

ALEJANDRO DIAZ CESPÉDES
SECRETARIO DE GERENCIA
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA

DAVIVIENDA

CERTIFICADO

VILLAMARIA,
CALDAS,
COLOMBIA,
A quien interese

26/03/2025

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **LAURA VIVIANA ORTEGÓN PATIÑO** con Cedula de Ciudadanía número **1060654175**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS
Número **0550488416123896**
Fecha de apertura **16/12/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

| | |
|---------------------------------|------------------------------|
| PLAZA SOCIAL | LAURA VIVIANA ORTEGON PATIÑO |
| IDENTIFICACION | CC: 1060654175 |
| CCD DE PARTICIPACION O SUCURSAL | 0 |
| NO. DE REFERENCIA O SUCURSAL | |
| FECHA GENERACION REPORTE | 2026-02-09 |
| FECHA LIMITE DE PAGO | 2026-02-17 |
| FECHA DE PAGO | 2026-01-27 |
| ENTIDAD DE PAGO | BANCO DAVIVIENDA |
| PERIODO PENSION | 2026-01 |
| PERIODO SALUD | 2026-01 |
| NUMERO PLAZILLA | 8639692811 |
| TOTA. COTIZANTES | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (FIN) | 8611800380 |
| TIPO DE PLAZILLA | 1 |

| CONVENIO CONTRATADO | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO CONDENSADO | FONDO SUBSIDIARIO | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAAR SIN INTERESES | VALOR PAGAAR |
|---------------------|-----------|-------------|------------------|----------------------|------------------|-------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|
| POSICION 7 | 3430107 | SALUD TOTAL | 1 | \$ 1.796.800 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 201.000 | \$ 1.796.800 |
| POSICION 8 | 6092748 | POSITIVE | 1 | \$ 1.796.800 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 300.000 | \$ 1.796.800 |
| POSICION 9 | 606011733 | POSITIVE | 1 | \$ 1.796.800 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 32.000 | \$ 1.764.800 |
| | | | | Total a pagar | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 541.000 | \$ 541.000 |

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:

1703/2026

Bogotá, Febrero / 9 de 2026



Señor (a): LAURA VIVIANA ORTEGON PATIÑO
 CC. 1060654175
 CL. 4.6.105
 VILLAMARIA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Marzo / 1 de 2022, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escúchate es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos** en www.saludtotal.com.co o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
 Elaboró: *Oficina Virtual*

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



SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.
 En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

LAURA VIVIANA ORTEGON PATINO, (identificadora) con cédula de ciudadanía **1.060.654.175**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el **9 de Febrero del 2026**.

Cordialmente,

[Handwritten Signature]

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

EXAMEN MEDICO
DOCTOR IVAN MEJARIAS - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
 Consultorio Calle 7 N° 4-52 B Tel. 977 6624 Villamaria Cel. 310 423 1766

1. TIPO DE EXAMEN: Preocupado Periódico Cambio de Ocupación Retiro
 2. FECHA DE EXAMEN: 20/02/26
 3. INFORMACIÓN GENERAL

Nombres y Apellidos: Laura Viviana Ortega Patino
 Documento de identificación: C.C. Número: 1060654175 Lugar de expedición: MBO
 TL C.E.

Fecha de Nacimiento: 22/08/83 Ciudad: Tigre Departamento: Córdoba
 Edad (Años cumplidos): 42 Sexo: M Único Libre N° de hijos: 1
 Estado Civil: Soltero Casado Separado Superior Incompleta
 Escolaridad: Sin Educación Secundaria Completa Técnico Completo Otros
 Primaria Completa Secundaria Incompleta Superior Completa Técnicas Incompleta
 Lugar de: Villavieja Departamento: Córdoba
 Residencia: Dirección: Calle N. 6705 Barrio: Pob. Deportiva
 Teléfono: 3071523 Teléfono 2: Zona Urbana Rural
 EPS: IPS: AFP:

Fecha de Ingreso a la Empresa: Antigüedad en la Empresa:
 Socio Actual Oficina Actual: Administración
 Tipo de Vinculación: Terminada Indefinida Término Fijo Temporal

4. HÁBITOS

ACTIVIDADES DEPORTIVAS: ¿Practica Deportes? Sí No ¿Cuánt?
 Frecuencia: Una vez/semana 2 veces/semana 3 ó más veces/semana
 ¿Ha sufrido lesiones deportivas? Sí No ¿Cuántas?
 TABAQUISMO: No Fumó Exfumador Fumador N° Cigarrillos:
 ALCOHOLISMO: ¿Consumo Bebidas Alcohólicas? Sí No Frecuencia: 0
 DROGADICCIÓN: ¿Ha consumido Sustancias Psicoactivas? Sí No ¿Cuántas?
 ¿consume las enzimas? Sí No ¿Cuántas?
 ¿Realiza otras actividades extralaborales? Sí No ¿Cuántas?



10. RESULTADOS EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

| | | |
|---|---|---------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo | <input checked="" type="checkbox"/> Factor RH | |
| Otras Pruebas de Laboratorio, Rayos X y Funcionales | | |
| EXAMEN | FECHA | REPORTE |
| | | |
| | | |

11. CONCLUSIONES

Diagnóstico: SIDA

Concepto de Aptitud para el Oficio

Apto No Apto Apto con limitaciones Aptazada

Disposiciones:

Recomendaciones:

Remisión a IPS - IPS SI No

Tratamiento SI No

Otros Exámenes Diagnósticos SI No

Otras recomendaciones SI No

Concepto examen de Riego SI No

¿Estas situaciones limitan la futura capacidad laboral del trabajador? SI No

"El exámen clínico que se realizó, según dato relevado sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que se mencionan arriba, sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Fran Mejía
 NOMBRE DEL TRABAJADOR
 NOMBRE DEL TRABAJADOR
 FIRMADO EN: [Lugar y Fecha]
 FIRMA DEL TRABAJADOR
 C.C. 1.060654175

Carné Digital Colombia de Vacunación Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombre y apellidos (Full name): LAURA VIVIANA ORTEGON PATINO
 Tipo de identificación (ID Type): CEDULA DE CIUDADANIA
 Número de identificación (ID Number): 106034175
 Fecha de nacimiento (Date of birth): 18/11/1995
 País de nacimiento (Country of birth): COLOMBIA
 Número de contacto (Phone Number): 3114657803

Detalles de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación (Date of application) | Laboratorio | Número de Lote (Batch Number) | IPS Vacunadora | Nombre y apellido del vacunador (Vaccinator Name) |
|--|-----------|---|-------------|-------------------------------|--|--|
| VPH | Primera | 21 5 2013 | Laboratory | Joe2256 | Hospital zona Urbana | Rafael Escobar |
| VPH | Segunda | 31 11 2013 | Laboratory | JMS113 | VILLAMARCA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO | Isabel |
| Tríplice Meningocócica | Primera | 28 3 2014 | Laboratory | 8411086 | VILLAMARCA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO | Isabel |
| Tríplice Meningocócica (post exposición) | Primera | 16 4 2019 | Laboratory | P818157 | VILLAMARCA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO | DOSS AMANDA BERTHOLD GALLEGO |
| Adaptación Hepatitis B | Segunda | 21 4 2019 | Laboratory | P818157 | VILLAMARCA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO | DOSS AMANDA BERTHOLD GALLEGO |
| Tríplice Meningocócica (post exposición) | Segunda | 23 4 2019 | Laboratory | 2119217C | VILLAMARCA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO | DOSS AMANDA BERTHOLD GALLEGO |
| Fiebre tifoidea | Única | 30 4 2019 | Laboratory | P818157 | VILLAMARCA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO | DOSS AMANDA BERTHOLD GALLEGO |
| Autismos Nerviosos Intermisic | Cuarta | 30 4 2018 | Laboratory | P818157 | VILLAMARCA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO | DOSS AMANDA BERTHOLD GALLEGO |
| COVID Sin Vac | Primera | 5 3 2021 | Laboratory | A23111944 | DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO VALENZUELA VILLACORTE MARRIN | DOSS AMANDA BERTHOLD GALLEGO |
| COVID Sin Vac | Segunda | 5 4 2021 | Laboratory | ES1212915 | VILLAMARCA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO | YERONIMIA ORTIZ MEDINA |
| COVID Moderna | Primera | 1 12 2021 | Laboratory | MOXERVA SWITZERLAND CASI | FUNDACION FIMAVAZ | CRISTINA FELIPE CARDONA SUENA |
| COVID Moderna | Segunda | 19 3 2022 | Laboratory | ES20215 | HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARCA | JUAN DIEGO ORLANDO TOROPIRE |
| COVID Moderna | Adicional | 10 3 2025 | Laboratory | 6011071A | HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARCA | ERNA YADIRA CORTES GONZALEZ - COT391918187 - ABOGADO |

El Ministerio de Salud y Protección Social garantiza que los datos aquí disponibles pertenecen al Sistema de Información PATRES del Programa Ampliado de Inmunización - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación indica que la persona identificada ha recibido la dosis del esquema de vacunación que se muestra.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

Si desea más información sobre el programa de vacunación con el fin de la inmunización de las personas, puede visitar el sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was obtained from PATRES, according to the Wide Program of Immunization - PAI (with acronym) in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización

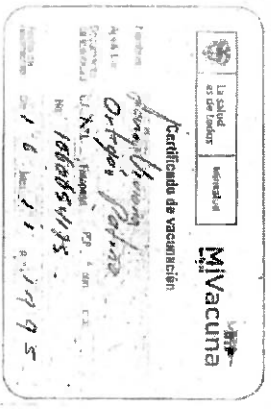
This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as indicated here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information report maintained by healthcare facilities and institutions for contributions.

| Etapa | Fecha | Vacunador | Lote | Plaza de vacunación | Nombre de vacunado | Identificación |
|-------|------------|-----------|-------|---------------------|--------------------|----------------|
| 1 | 15-01-2021 | Simona E | 42021 | San Antonio | Simona E | 1501259 |
| 2 | 01-12-2021 | MODERNA | 98 | San Antonio | ANA MARCE | 30030342 |

| Etapa | Fecha | Vacunador | Lote | Plaza de vacunación | Nombre de vacunado | Identificación |
|-------|------------|-----------|-------|---------------------|--------------------|----------------|
| 1 | 15-01-2021 | Simona E | 42021 | San Antonio | Simona E | 1501259 |
| 2 | 01-12-2021 | MODERNA | 98 | San Antonio | ANA MARCE | 30030342 |



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

| Etapa | Fecha | Vacunador | Lote | Plaza de vacunación | Nombre de vacunado | Identificación |
|-------|------------|-----------|-------|---------------------|--------------------|----------------|
| 1 | 15-01-2021 | Simona E | 42021 | San Antonio | Simona E | 1501259 |
| 2 | 01-12-2021 | MODERNA | 98 | San Antonio | ANA MARCE | 30030342 |

| Etapa | Fecha | Vacunador | Lote | Plaza de vacunación | Nombre de vacunado | Identificación |
|-------|------------|-----------|-------|---------------------|--------------------|----------------|
| 1 | 15-01-2021 | Simona E | 42021 | San Antonio | Simona E | 1501259 |
| 2 | 01-12-2021 | MODERNA | 98 | San Antonio | ANA MARCE | 30030342 |

Conservado

Este carne es válida en Colombia. Será exigida para entrar a zonas de riesgo.

FORMA Y POR COLOMBIA, YO MIVACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINISALUD

LAZARO VIVIANO

ORLYEN PATRICIA

1608854195

| Etapa | Fecha | Vacunador | Lote | Plaza de vacunación | Nombre de vacunado | Identificación |
|-------|------------|-----------|-------|---------------------|--------------------|----------------|
| 1 | 15-01-2021 | Simona E | 42021 | San Antonio | Simona E | 1501259 |
| 2 | 01-12-2021 | MODERNA | 98 | San Antonio | ANA MARCE | 30030342 |

| Etapa | Fecha | Vacunador | Lote | Plaza de vacunación | Nombre de vacunado | Identificación |
|-------|------------|-----------|-------|---------------------|--------------------|----------------|
| 1 | 15-01-2021 | Simona E | 42021 | San Antonio | Simona E | 1501259 |
| 2 | 01-12-2021 | MODERNA | 98 | San Antonio | ANA MARCE | 30030342 |

