



FORMATO UNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

FORMA 2001 (2001) (2001) (2001) (2001)

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Pinilla</u>		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Carranza</u>		NOMBRES <u>Claudia Maria.</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>52908968</u>			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>20</u> MES <u>12</u> AÑO <u>1982</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>CL 16 31 46</u>		
PAÍS <u>Colombia</u>			PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Meta</u>		
DEPTO <u>Bogotá</u>			MUNICIPIO <u>Acacias</u>		
MUNICIPIO <u>Bogotá</u>			TELÉFONO <u>3002526991</u> EMAIL <u>Pataclau28@gmail.com</u>		

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	AÑO
											<u>05</u>	<u>2013</u>

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
ES	2	X		Epidemiología	04	2023	
UN	10	X		Psicología	03	2017	170459

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
Ingles	X			X			X		

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	6	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Acacias Meta 24-02-2026


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

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CLAUDIA	MARIA	PINILLA	CARRANZA

Documento de identificación

Tipo Número

Lugar de nacimiento

País Departamento Municipio

Lugar de domicilio

País Departamento Municipio

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

Lugar de sede

País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	\$27.600.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$27.600.000,00

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	\$6.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	META	ACACÍAS	\$140.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
MANUTENCION Y OTROS GASTOS	\$4.500.000,00

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 generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

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
JHON	ALBEIRO	DIAZ	BARRERA

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí

No

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

Sí

No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior:

Sí

No

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:

Sí

No

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO, **52.908.968**

PINILLA CARRANZA
APELLIDOS

CLAUDIA MARIA
NOMBRES



Claudia Maria Pinilla Carranza
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1982**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

08-FEB-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Alma Beatriz Rengifo Lopez

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500115-47152164-F-0052908968-20060911

0503306254A 02 215136375

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141168549261



(415)7707212489984(8020) 000014116854926 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 9 0 8 9 6 8

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Villavicencio

14. Buzón electrónico

2 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

5 2 9 0 8 9 6 8

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

PINILLA

32. Segundo apellido

CARRANZA

33. Primer nombre

CLAUDIA

34. Otros nombres

MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Meta

5 0

40. Ciudad/Municipio

Acacias

0 0 6

41. Dirección principal

CL 16 31 46

42. Correo electrónico

claudiapinilla.psicologia2@gmail.com

43. Código postal

5 7

44. Teléfono 1

3 0 0 2 5 2 6 9 9 1

45. Teléfono 2

3 1 3 4 9 4 1 7 4 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7 0 1 0 3

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

DOCUMENTO

DIAN

USUARIOS

EXPORTADORES

FORMA

TIPO

SERVICIO

MODOS

CPC

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

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

985. Cargo



La República de Colombia
y en su nombre

El Centro Educativo para Jóvenes y Adultos "Lepanto"

" Formador de Hombres Nuevos para una Sociedad Nueva "

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.
Según Resoluciones N° 8586 dic. 4/97 - 6172 agos. 27/98 - 7447 nov. 13/98

Confiere a:

Claudia María Pinilla Carranza

C.C. 52,908,968 de Bogotá D.C.

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado los Factores de Desarrollo Humano y
Campos de Formación de Educación Media, según los planes y programas
Establecidos en el PEI de la Institución.



Pablo Julio Cárdenas González
Rector



Rosaura Sandoval Carreño
Secretaria

Dado en Bogotá, D.C., a los 18 días del mes de Mayo de 2013

Libro 02

Folio 84

Acta Individual 30

CENTRO EDUCATIVO PARA JOVENES Y ADULTOS "LEPANTO"

"Formador de Hombres Nuevos para una Sociedad Nueva"

Educación Básica Primaria - Básica Secundaria y Media Académica Flexible

Aprobado según Resoluciones No. 8585 de dic. 4 de 1997, 6172 de agosto 27 de 1998 y 7447 de nov. 13 de 1998, S.E.D.

Códigos DANE 71100100066 y 311001105955 - Registro S.E.D. 0100066 - Código ICES N° 080036

NTT - 17500130-9

PLANTEL DE NATURALEZA PRIVADO CON RESOLUCIONES DE APROBACIÓN No. 8585 del 4 de dic./97, No. 6172 DE Agos./98, No. 7447 de nov. 13/98 PARA LOS CICLOS 1 AL 4 DEL NIVEL BÁSICA Y 1 Y 2 DEL NIVEL MEDIA AUTORIZADO PARA OTORGAR EL TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO.

Folio No. 84

Acta General de Graduación No. 39

En la ciudad de Bogotá D.C., a los diez y ocho (18) días del mes de Mayo de 2013, se reunieron los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Centro Educativo para Jóvenes y Adultos "LEPANTO" con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del ciclo 2 del nivel media grado 11° de educación formal flexible, según lo autorizado por la Resolución 7447 de noviembre 13 de 1998, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el título de Bachiller Académico.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los jóvenes y adultos que cursaron y aprobaron los Factores de Desarrollo Humano y Campos de Formación correspondientes a la Educación Media, se procedió a otorgar título de:

Bachiller Académico

Al graduando cuyo número de orden, nombres, apellidos y número de documento de identidad que se relaciona a continuación:

30. Pinilla Carranza Claudia María

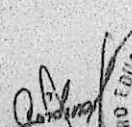
C.C. 52,908,968 de Bogotá D.C.

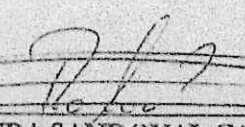
La presente Acta consta de 43 alumnos graduandos.

Inicia con el nombre de: ACUÑA BERMUDEZ NICOLE ASTRID

y termina con el nombre de: YATE TAPIA MARIA ESPERANZA

En constancia firman la presente por quienes en ella intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° Decreto 180 de 1981.


PABLO JULIO CARDEÑAS GONZALEZ
c.c. 17.300.130 de Villavicencio
RECTOR


ROSAURA SANDOVAL CARREÑO
c.c. 51.920.840 de Bogotá D.C.
SECRETARIA

UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios


Claudia Maria Pinilla Carranza

C.C. No. 52.908.968


Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Psicóloga

en testimonio se firma y sella este diploma


Consejo de Fundadores


Rector MIB


Rector General


Secretaría General

Entidad de utilidad pública por
resolución 10149 del 1 de Agosto de 2000.
Ministerio de Educación Nacional

República de Colombia

Folio 024 del Libro de Registro No. 002
Bogotá, 25 de Mayo de 2017
No. 50990

Escaneado con CamScanner

Powered by  CamScanner



UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Acta de Grado No. ⁰¹⁰

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Certifica:

Que en la ciudad de Bogotá, departamento de Cundinamarca; el día veintinueve (29) de Marzo de dos mil diecisiete (2017), la Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de Psicóloga a Claudia Maria Pinilla Carranza con cédula de ciudadanía No. 52908968 quien aprobó la opción de grado correspondiente y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No 50990 que lo acredita como tal, registrado en el Folio 024 del Libro No. 007 de Registro de Títulos expedidos por la Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

La Corporación Universitaria Minuto de Dios- UNIMINUTO está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificada según Código SNIES 91141 concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Bogotá, departamento de Cundinamarca; el día veintinueve (29) de Marzo de dos mil diecisiete (2017).

Alvaro Campo Cabal
Rector UVD

Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General



República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA

C.C. N.º. 52908968

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 28 de Abril de 2023

Rector

Secretaria General

Decano

Tomo 2 · Folio 179 · Registro 26517 · Acta No. 982 · Fecha 28 de Abril de 2023 ·

Código de Seguridad: 2728-AA-066087



Código Seguro de Verificación: lv4q8WTZzZlV9PCV

Fundación Universitaria del Área Andina

ACTA DE GRADO No. 982

En Bogotá D.C., el 28 de abril de 2023 a las 09:00 horas, se reunieron:

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional

PAOLA RUIZ DÍAZ, Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte

MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Para presidir la ceremonia de graduación de:

CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA

Identificada con C.C. No. 50908908, quien cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Por lo anterior, la Fundación Universitaria del Área Andina en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, la Asamblea y el Consejo Superior, le otorgan el título de **ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA** y proceden al registro de su diploma y acta de grado en el libro 2, folio 179, registro 26517.

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los 28 días del mes abril de 2023.



María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General



República de Colombia
Colegio Colombiano de Psicólogos

Tarjeta Profesional de Psicólogo

Ley 1090 de 2006

Nº. 170459

CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA

C.C. 52.908.968



Expedida: 2017-04-18

IDentico S.A.S.

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

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

Presidencia

www.colpsicologos.org



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No. 7590 de 25/07/2017

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión en el Territorio Nacional

LA DIRECCION DE CALIDAD 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) PINILLA CARRANZA CLAUDIA MARIA Identificado(a) con CC número 52908968 expedida en BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de PSICOLOGO(A) otorgado por CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS UNIMINUTO el día 29/03/2017 y registrado en el libro 07 Folio 024 año 2017.
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 PINILLA CARRANZA CLAUDIA MARIA identificado(a) con CC número 52908968 expedida en BOGOTÁ D.C. para ejercer la profesión de PSICOLOGO(A) en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedará inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 25/07/2017.

Rosmira Mosquera Padilla
ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Sebastián Doroteo
Sebastián Doroteo

Bogotá, D.C. 10-1540-2017
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) *Claudia Pinilla*
C.C. # *52908968*
Firma *Claudia Pinilla*

Cra-32 No. 12-81
Tel. 364.9090
www.saludcapital.gov.co
Info. 364.9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

El suscrito Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic,

HACE CONSTAR:

Que **CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA**, identificado(a) con documento de identidad No. CC **52908968** obtuvo su Tarjeta Profesional de Psicólogo No. 170459 expedida el 18/04/17, por este Colegio al tenor de lo dispuesto en los Artículos No. 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006.

Que de acuerdo con el artículo No. 6 de la Ley 1090 de 2006, el(la) portador(a) de la Tarjeta Profesional, está habilitado(a) para el ejercicio profesional de la Psicología en todo el territorio nacional. Este documento es de carácter vitalicio, por tanto, su vigencia es permanente.

Esta constancia se expide sin borrones ni enmendaduras el 20 de febrero de 2026.

Nota: De acuerdo con el párrafo del artículo 6 de la Ley 1090 de 2006, el cual señala: "Las tarjetas profesionales, inscripciones o registros expedidas a psicólogos por las Secretarías de Salud de los diferentes departamentos, distritos o municipios del país u otra autoridad competente, con anterioridad a la vigencia de la presente ley, conservarán su validez y se presumen auténticas", la experiencia profesional para los psicólogos graduados antes de la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) se contabilizará desde el momento en que el profesional realizó el respectivo registro, tal como lo ordenaba el artículo 3º de la derogada Ley 58 de 1983. La experiencia profesional para los psicólogos graduados desde la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) o antes y que no hayan expedido su registro como lo ordenaba la Ley 58 de 1983 se contabilizará desde el momento en que expidió la Tarjeta Profesional con el Colegio Colombiano de Psicólogos.

Cordialmente,



JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA

Presidente del Consejo Directivo Nacional



PUyhc7juvSCs5LccK/Re
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
<https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento>



Carrera 19 No. 84 - 49.
Antiguo Country
Bogotá, D.C. Colombia



colpsic@colpsic.org.co
www.colpsic.org.co



(601) 745 14 70



SC-2001331

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA**, con documento de identificación N° **52908968**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

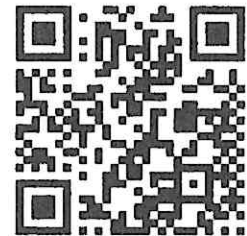
Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 20 de febrero de 2026.



DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO

Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología



Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
<https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento/eJiVkvPxyg0BDQqUgMz>

Pol. 24/02/2026
PA Accura



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación
2 4 0 2 2 0 2 6

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input checked="" type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (de registrar por la EPS)
---	---	---	---	--	---	-------------------------------------

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

1. Apellidos y nombre PINILLA	CARRANZA	CLAUDIA	MARIA
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 52908968	11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	12. Sexo Identificación Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
13. Nacionalidad COLOMBIANA	14. Lugar de nacimiento País: COLOMBIA Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: BOGOTÁ	15. Fecha de nacimiento 2 0 1 2 1 9 8 2	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL POSITIVA		23. Administradora de Penales PORVENIR		24. Ingreso base de cotización - IBC 1.750.905	25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia CLL 16 31 46 BACHUE		3002526991		claudiapinilla.psicologia2@gmail.com		
META	ACACIAS	BACHUE	Cabezera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Pivote Rural <input type="checkbox"/>			

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

27. Apellidos y nombre			
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo Identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento País: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/>	34. Fecha de nacimiento 0 0 0 0 0 0 0 0	

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

35. Apellidos y nombre			
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico
40. Sexo Identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento	

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Rural Pivote	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								
Dirección		Localidad / Comuna			Correo electrónico			
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

4. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
c. MULTISALUD NUTIVARA ACACIAS		6195
01		
02		
03		
04		
05		

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

62. Nombre o razón social PINILLA CARRANZA CLAUDIA MARIA	63. Tipo de documento de identificación CC	67. Número del documento de identificación 52908968	64. Tipo de aportante o pagador de pensión (a registrar por la EPS)
69. Ubicación CLL 16 31 46 BACHUE	3002526991	claudiapinilla.psicologia2@gmail.com	ACACIAS META

B. REPORTE DE NOVEDADES

65. Tipo de novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		62. Sexo biológico Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		63. Sexo identificación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		64. Fecha de nacimiento	
66. EPS anterior		65. Fecha de novedad 2 4 0 2 2 0 2 6		67. Motivo de traslado Código <input type="checkbox"/>		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensión	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. Declaración de haber informado del cotizante, cónyuge, hijos, familiares, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copie de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén Vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellido y nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento	Relación con el cotizante

80. Firma del representante

IX. FIRMAS

Claudia Gómez

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

GH	AC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Copia del acta de incapacidad permanente emitida por la autoridad competente.

84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara la unión marital.

85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

86. Copia del certificado de inscripción o acta de entrega del menor.

87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cónyuge sobre la ausencia de los dos padres.

89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2010.

90. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio <input type="checkbox"/> Código del departamento <input type="checkbox"/>	93. Nombre de la Institución
--	------------------------------

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

94. Apellido y nombre GOMEZ CASTRO CLAUDIA LILIANA	
95. Tipo de documento de identidad CC	96. Número del documento de identidad 30946100
95. Firma del funcionario <i>Claudia Gómez</i>	
99. Fecha de calificación 2 4 0 2 2 0 2 6	97. Fecha de validación 2 4 0 2 2 0 2 6
OBSERVACIONES: COD. 18132.	

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

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

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

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promuevan intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: PINILLA CARRANZA CLAUDIA MARIA

Identificación: CC 52908968

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

Firma del Afiliado:

SI NO

Nombres y Apellidos: PINILLA CARRANZA CLAUDIA MARIA

Identificación: CC 52908968

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarle sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impresa pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos:

Identificación:

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar:



**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:

CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.908.968**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Febrero 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.



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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


CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 20 de febrero de 2026, a las 18:52:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52908968
Código de Verificación	52908968260220185203

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.


CC 52908968



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 291713473



PIB

18:54:22

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de febrero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52908968:

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 establece 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>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

52908968

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:55:52 PM horas del 20/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52908968

Apellidos y Nombres: PINILLA CARRANZA CLAUDIA MARIA

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.araic-
atc@policia.gov.co

Chupelle
52908968



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, 20/02/2026 06:57:20 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **52908968** y Nombre: **CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA.**

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. **135206990** . 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

C. Pinilla
52908968

	Dios y Patria	Policía Nacional de Colombia Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21 Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C. Línea de atención: 018000-910112	COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

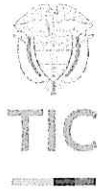
Que siendo las 12:32:24 horas del 24/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 52908968, Apellidos y Nombres PINILLA CARRANZA CLAUDIA MARIA

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS** con NIT **892000264-4** 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>


52908968



**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 52908968 **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 20/02/2026 07:06 PM



Código Verificación: H3UZPQM7B2

Válida hasta: 22/05/2026

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

Chupelle
52908968



PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
NIT. 900434629-1
Acacias
Tel. 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: PREINGRESO N° Orden: 1604 Fecha Examen: 2025-03-19 Hora: 09:01:39

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: PARTICULARES NIT: 01 SECTOR: -
ENT. MISIÓN: PARTICULARES NIT: 01 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: CLAUDIA MARIA APELLIDOS: PINILLA CARRANZA
IDENTIFICACIÓN: 52908968 FECHA DE NACIMIENTO: 20 de Diciembre de 1982 EDAD: 42
ESTADO CIVIL: CASADO(A) NIVEL EDUCATIVO: PROFESIONAL CARGO: PSICOLOGA
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: EPS FAMILIAR LTDA AFP: Porvenir

FOTOGRAFÍA



EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional, Anexo Osteomuscular

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologías preexistentes susceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

-DIETA ADECUADA -ACTIVIDAD DEPORTIVA -MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. -HIGIENE DEL SUEÑO -MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. - PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS -USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.

[Signature]
Dra. Claudia Florian
C.O. 50-9590
E.O. 50-9590



[Signature]

Atendido por: DIAZGRANADOS FLORIAN CLAUDIA YOLIMA
Registro Médico: 50-9590
Licencia S.O.: 50-9590

Paciente: PINILLA CARRANZA CLAUDIA MARIA
Identificación: 52908968

CERTIFICADO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Acacias (Meta), 24 de febrero de 2026

Señores

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.

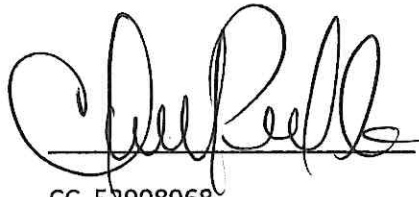
Bajo la gravedad de Juramento YO, Claudia Maria Pinilla Carranza mayor de edad Identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 52908968, expedida en Bogotá

CERTIFICO:

Bajo la gravedad del juramento que se entiende con la mera presentación de este escrito, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de procesos de alimentos, de inhabilidad e incompatibilidades para contratar con el Estado Colombiano, de acuerdo al artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993, artículo 127 de la Constitución Nacional, artículo 18 de la Ley 1150 del 2007, Ley 311 de 1996, y demás normas aplicables.

En Constancia de lo aquí aseguro, firmo con esta certificación en la fecha arriba consignada.

Atentamente,



CC. 52908968

El presente documento no requiere ningún otro tipo de formalidad de conformidad a lo inserto en el artículo 25 de la ley 962 de 2005 modificado por el artículo 7 del decreto ley 019 de 2012.



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA Identificado con CC 52908968

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SAN MARTIN, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24089001095
Fecha de apertura:	23 de Octubre de 2018
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Viernes, 20 de Febrero de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva



HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E

NIT. 892.000.264 - 4

PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

FORMATO SARLAFT PERSONA NATURAL

Fecha: 15/05/2024

Código: PE-SP1-FR-06

Versión: 02

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

1. Datos Generales	Primer Apellido	Pinilla	Segundo Apellido	Carranza	Primer Nombre	Claudia	Segundo Nombre	Maria																	
	fecha de Nacimiento	20	12	1982	Lugar de Nacimiento	Bogotá	Departamento	Bogotá																	
	Sexo:	F	<input checked="" type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	Tipo de Identificación	C.C.	<input checked="" type="checkbox"/>	T.I.	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	Número de Identificación	52908968											
	fecha de Expedición	DD	MM	AAAA	Lugar de Expedición		Departamento																		
	Nivel Educativo	Primaria	<input type="checkbox"/>	Tecnológico	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Universitario	<input type="checkbox"/>	Técnico	<input type="checkbox"/>	Especialización	<input checked="" type="checkbox"/>	Ocupación	Empleado	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input checked="" type="checkbox"/>	Pensionado	<input type="checkbox"/>					
	Profesión/oficio	Psicóloga	Empresa donde labora o negocio donde desarrolla su actividad	Hospital Municipal de Acacias	Nit	892000264-4																			
	Tipo de Empresa	Entidad Pública	Cargo/Actividad	Psicóloga	Antigüedad (años)		Pasatiempo	Deporte - Leer																	
	Por su cargo o actividad administra recursos públicos?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Tiene vínculos familiares o parentesco con Persona Públicamente expuesta?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>															
	Por su cargo o actividad, detenta algún grado de poder público?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Por su actividad y oficio goza de reconocimiento público general?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>															
	Si alguna de las anteriores es afirmativa por favor especifique:																								
2. Localización	Tipo de Vivienda	Propia	<input checked="" type="checkbox"/>	Familiar	<input type="checkbox"/>	Arrendada	<input type="checkbox"/>	Estrato	3	Nombre del Arrendador		Teléfono		Si la vivienda es arrendada	Antigüedad (Años)										
	Estado Civil	Soltero	<input type="checkbox"/>	Casado	<input checked="" type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>	Unión Libre	<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>	Tiene Hijos?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Número de personas a cargo	1	Datos básicos del cónyuge:	Nombre	Jhon Albeiro Diaz Barrera	Identificación	79749231	Teléfono	304941740
	Dirección de Residencia	CL 16 31 46	Barrio	Bachue	Ciudad	Acacias	Departamento	Meta																	
	E-mail Personal	ClaudiaPinilla.Psicologia2@gmail.com			Teléfono		Celular	3002526991																	
	Dirección Oficina		Barrio		Ciudad		Departamento																		
	E-mail Oficina				Teléfono		Celular																		
	Envío de Correspondencia	Residencia	<input type="checkbox"/>	Oficina	<input checked="" type="checkbox"/>	OtraCuál?	<input type="checkbox"/>																		
	3. Datos Tributari	Responsable de IVA	Común	<input type="checkbox"/>	Simplificado	<input type="checkbox"/>	No Aplica	<input checked="" type="checkbox"/>																	
		Tipo de Retención	Sujero a retención	<input checked="" type="checkbox"/>	Retención especial	<input type="checkbox"/>																			
		Referencia Financiera	Nombre de la Entidad	Banco Caja Social	Ciudad	Bogotá	Departamento	Bogotá	Clase de producto o número de la cuenta	24089001095	Personal/Familiar	Nombre	Jhon Diaz	Parentesco	conyuge	Ciudad	Acacias	Departamento	Meta	Dirección	CL 16 31 46	Teléfono	3134941740		
5. Operaciones Internacionales		Realiza operaciones en moneda extranjera	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de Operaciones que normalmente realiza:	Importaciones	<input type="checkbox"/>	Pago servicios	<input type="checkbox"/>	Inversiones	<input type="checkbox"/>	Exportaciones	<input type="checkbox"/>	Préstamos	<input type="checkbox"/>	Ingresos por donaciones	<input type="checkbox"/>	Transferencias	<input type="checkbox"/>	Cambio divisas	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
	Tiene cuentas o productos financieros en moneda extranjera	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de producto		Identificación del Producto		Entidad		Ciudad		Pais		Moneda		Monto							
	6. Información Financiera	Ingresos Mensuales	Por actividad principal	2.000.000	*Otros Ingresos		Total Ingresos Mensuales	2.000.000	Egresos Mensuales	Cuotas Préstamos		Gastos de Sostenimiento	2.000.000	Otros Gastos		Total Egresos Mensuales	2.000.000	Total Activos	80.000.000	Total Pasivos	45.000.000	Total Patrimonio	35.000.000		
		*Explique Otros Ingresos																							

I. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE



HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E

NIT. 892.000.264 - 4

PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

FORMATO SARLAFT PERSONA NATURAL

Fecha: 15/05/2024

Código: PE-SP1-FR-06

Versión: 02

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

II. DECLARACION DE ORIGEN DE LOS FONDOS

Obrando en mi propio nombre de manera voluntaria y expresando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la entidad, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a la normatividad legal vigente establecida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993, Leyes 190 de 1996 y 1474 de 2011, y demás normas legales concordantes con la apertura y manejo de operaciones financieras.

1. Los recursos que entrego, deposito y/o administro provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc)

2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita

3. Declaro que no admitiré que terceros efectúen pagos en mi nombre ni depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

III. AUTORIZACIONES

Autorizo de manera expresa e irrevocable al HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE para:

1. Terminar cualquier relación en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este formulario, o cuando no actualice oportunamente los datos contenidos en el mismo por cambios en la información reportada o por solicitud de la entidad, eximiendo a las entidades mencionadas anteriormente de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en el espacio destinado para tal fin.

2. Reportar, procesar, solicitar, divulgar y consultar a la Listas de Riesgo que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como Contratista o Funcionario del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE. La autorización se acoge al reglamento de la Centrales de Riesgo cualquier entidad que administre o maneje bases de datos con los mismos fines y a la normatividad vigente sobre bases de datos.

3. Suministrar esta información a cualquier una de dichas entidades, en caso de mi eventual vinculación con alguna de ellas, y/o la posible contratación de otros productos ofrecidos por las mismas.

4. Que graben en cintas magnetofónicas o cualquier otro medio idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas o la transmisión de órdenes o acuerdos de negocio que surjan en desarrollo de las operaciones celebradas entre el suscrito y sus apoderados (si hubiera) y las entidades anteriormente mencionadas. Dichas grabaciones solamente pueden ser empleadas como medio de prueba de las obligaciones contraídas y los acuerdos celebrados entre las partes. Su utilización con fines distintos o la divulgación a terceras personas requiere autorización expresa de mi parte.

5. Que recolecten y entreguen la información tanto financiera como demográfica solicitada por autoridades extranjeras, directa o indirectamente o a través de autoridades, lo mismo que para efectuar las retenciones a que haya lugar y asumo las consecuencias y responsabilidades por lo que tengan que hacer las entidades anteriormente mencionadas, como consecuencia de los requerimientos u órdenes de tales autoridades. Todo lo anterior bajo el entendido que sean aplicables las disposiciones sobre la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras -FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) u otras órdenes similares por otros estados.

Entiendo y acepto que la correcta utilización por parte del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE, de la autorización que aquí se le confiere, no viola los derechos constitucionales o legales de quien suscribe el presente formulario.

IV. DECLARACION

Declaro bajo mi responsabilidad que la información consignada en este formulario es veraz y podrá ser confirmada por el HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE y me comprometo a entregar los documentos y soportes requeridos.

Firma

Claudia M P Pinilla

Nombre

Claudia M P Pinilla

Documento

52908968



Huella índice derecho

V. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD

Verificación de la Información

fecha

Nombre del Funcionario _____

Cargo: _____

Firma _____

Resultado de la verificación: _____

Diagonal 15 No 26-21 Barrio San José Celular: 3153347467 Correo Electrónico:

hospitaldeacacias@hospitaldeacacias.gov.co

Acacias - Meta



- Búsqueda
- Mis procesos
- Menú
- Ir a

Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de perfil**

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario

Carga

Título

Nombre CLAUDIA MARÍA

Apellidos PINILLA CARRANZA

Fecha de Nacimiento 20/12/1982 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Nivel Educativo Universidad completa

Género Femenino

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No

Nombre y apellido CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 52908968

Dirección DG 45 SUR 5 J 36

Código postal

Estrato 2

Ubicación Colombia

País COLOMBIA

Correo electrónico pataclau28@gmail.com

Teléfono

Celular 3002526991



Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es tu apodo?

Respuesta pataclau

SMS para recuperar la contraseña 3002526991

Editar



HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACÍAS E.S.E.

REGISTRO DE PROVEEDORES

Se ha Registrado Tu Respuesta

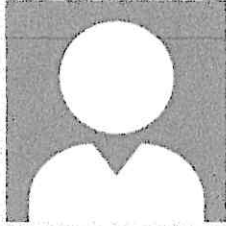
[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. - [Comunicarse con el propietario del formulario](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿El formulario parece sospechoso? [Informe](#)

Google Formularios

Bienvenido al menú principal



CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA

Rol seleccionado: Persona Natural

Mi Entidad Promotora de Salud: [EPS](#)

Lea atentamente las instrucciones

- Para visualizar sus opciones, escriba en "¿Qué está buscando?" el nombre de la novedad, registro o consulta que desea realizar. Si desconoce el título de lo que busca, también podrá digitar una palabra clave.
- Una vez aparezca el resultado de la búsqueda, tendrá a su disposición un video tutorial en la opción "Ver tutorial" o el manual de usuario en "Leer manual". estas ayudas le facilitarán tanto las consultas como los reportes de información que vaya a realizar en el sistema. Inicie el proceso en la opción "Comenzar"

[ACTIVAR WINDOWS](#)
[Vé a Configuración para ac](#)



NIC-901780059-S

Certifica *Claudia María Pinilla Carranza* *CC 52908968 de Bogotá*

Realizó y aprobó el Curso de Apoyo Integral Multidisciplinario para
Víctimas de Violencia Sexual
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2025-03-17

Fecha de vencimiento: 2027-03-16 ✓

Verificación

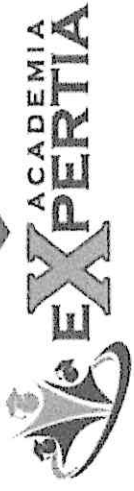


GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO



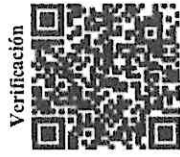


NEL901780059-8

Certifica *Claudia María Pinilla Carranza*

CC 52908968 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Integral de Atención en Salud para Víctimas de Ataques con Ácidos o Agentes Químicos
con un total de 100 Horas.



Fecha de emisión: 2025-03-17

Fecha de vencimiento: 2027-03-16 ✓

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADÉMICO





Nit. 901780059-8

Certifica *Claudia María Pinilla Carranza*

CC 52908968 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Práctico: Atención Psicosocial a Víctimas del
Conflicto en Colombia
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2025-03-17
Fecha de vencimiento: 2027-03-16 ✓

Verificación




GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL


MARGARITA GUERRERO
RECTOR


CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO





Nit. 901780059-8

Certifica *Claudia María Pinilla Carranza* *CC 52908968 de Bogotá*

Realizó y aprobó el Curso sobre Manejo del Duelo: Estrategias para Afrontar la Pérdida con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2025-03-17

Fecha de vencimiento: 2027-03-16 ✓

Verificación

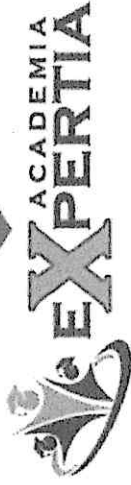


GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO





NIT 901780059-8

Certifica *Claudia María Pinilla Carranza* *CC 52908968 de Bogotá*

Realizó y aprobó el Curso Asesoría Pre y Post en la Prueba VIH, con
Enfoque Diferencial
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2026-02-24

Fecha de vencimiento: 2028-02-23

Verificación



GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO





NIT.901780059-8

Certifica *Claudia María Pinilla Carranza*

CC 52908968 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2026-02-23

Fecha de vencimiento: 2028-02-22

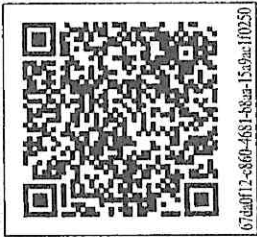


GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO





Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

18 de marzo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



Robert Stempel College
of Public Health
& Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67da0f12-c860-4681-b8aa-15a9ac1f0250>



NIT. 901786059-8

Certifica *Claudia María Pinilla Carranza*

CC 52908968 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Integral Mision Medica ✓
con un total de 90 Horas.

Fecha de emisión: 2026-02-23

Fecha de vencimiento: 2028-02-22

Verificación



GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO





NIT. 901780059-8

Certifica Claudia María Pinilla Carranza

CC 52908968 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Primeros Auxilios Psicológicos
con un total de 90 Horas.

Fecha de emisión: 2026-02-23

Fecha de vencimiento: 2028-02-22



GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

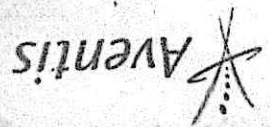
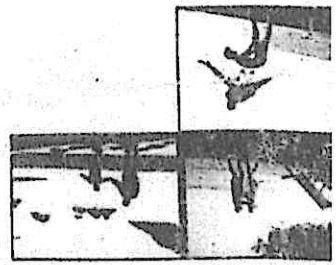


CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre	Claudia Pinillo
Dirección	
Teléfono	
N.C.	
Entidad Vacunadora	



La vida con todas
Nuestras Fuerzas



Aventis Pasteur
Cortésia



Certificado de
vacunación

Nombre: Claudia Pinillo

Doc. Identidad: 52908968

Dirección:

Teléfono: 6842477

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
HEPATITIS B	1a			
	2a			
	3a	16 MAY 2012		Jhon
ANTIINFLUENZA	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
	1a			
VARICELA	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
	1a			
	2a			

1 ml contiene
 Antígeno de superficie de hepatitis B
 20 microgramos de aluminio (adjuvante)
 0,5 mg (0,1%)
 U. No.: 0431044
 Feb.: 2011. 03. 11
 Exp.: 2014. 03. 10
 Importador: Biossensa S.A., Colón
 Berna Biotech (Cuba) S.A.
 Berna

VACUNA	Dosis Refuerzo	Lote	Fecha Aplicación	Firma Vacunador
Hepatitis B	1a. dosis		03-03-04	Juan
	2a. dosis		03-04-04	Juan
	3a. dosis		03-03-04	Juan
	Refuerzo			
Hepatitis A	1a. dosis			
	2a. dosis			
Triple-Viral	1 dosis			
Varicela	1 dosis			
Neumococo	1 dosis		10-03-07	
T. Refuerzo Difteria	1a. dosis		16-04-07	
	2a. dosis			
	3a. dosis			
	Refuerzo		21/04/07	
Influenza**	1a. dosis			
Otros				

*Neumococo refuerzo cada 5 años **Influenza (Gripe) refuerzo anual



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010791810

Fecha de generación del carné: Jueves, 28 de diciembre de 2023 12:15 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 52908968
Nombres y Apellidos: CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA
Fecha de nacimiento: 20/12/1992

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	05/04/2021	Pfizer	ER1742	USS PÁTIO BONITO TINTAL
	Refuerzo	29/11/2021	Moderna TX Inc	017J21A	INNOVAR SALUD SAS
DPT	Única				
DPT Acelular	Segunda dosis	21/11/2017	Bostrix	AC37B252AA	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR AV 1 DE MAYO
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	28/12/2023	BUTANTAN	230046	UPA 10 CENTRO GEDIATRICO -ABASTOS
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				



Institución vacunadora: 110010791810

Fecha de generación del carné: Jueves, 28 de diciembre de 2023 12:15 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52908998
Nombres y Apellidos	CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA
Fecha de nacimiento:	20/12/1992

Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	28/01/2019	Sarampión -Rubéola - SERUM	0128N342	UPA 1 DE MAYO
	Refuerzo				
Td	Primera dosis	21/04/2007	Tetavax		
	Segunda dosis	21/11/2017	Serum		
	Tercera dosis	21/07/2020	Toxoide Tetánico y diftérico	2338X004AE	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
	Cuarta dosis	28/12/2023	Serum	2332L004B	UPA 10 CENTRO GEDIATRICO -ABASTOS
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
	Refuerzo				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Primera dosis				
	Segunda dosis				

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

52908968

Fecha nacimiento / Date of birth

20/12/1982

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3002526991

Correo electrónico / e-mail

claudiapinilla.psicologia@gmail.com



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera Segunda Primer Refuerzo

Lote / Vaccine Batch

EN1195 FE3593 017J21A

Vacuna / Vaccine

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM PFIZER MANUFACTURING BELGIUM MODERNA SWITZERLAND GMBH

Centro vacunador / Administering Center

UNIDAD DE SERVICIOS EN SALUD PATIO BONITO TINTAL BOGOTÁ - CAPS OLAYA BOGOTÁ - INNOVAR SALUD SAS

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

05/04/2021 20/09/2021 29/11/2021

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia CO-Colombia CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

En cola / In queue En cola / In queue En cola / In queue

Fecha de emisión del documento / Document issued

13/12/2022 13/12/2022 13/12/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co



El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

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

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its 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 SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

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

View certificate in MiVacuna



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110011115804

Fecha de generación del carné: martes, 22 de octubre de 2024 08:52 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52908968
Nombres y Apellidos	CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA
Fecha de nacimiento:	20/12/1982

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	05/04/2021	Pfizer	ER1742	Hospital Pediátrico Tintal
	Refuerzo	29/11/2021	Moderna TX Inc	017J21A	INNOVAR SALUD SAS
DPT	Única				
DPT Acelular	Segunda dosis	21/11/2017	Bostrix	AC37B252AA	UNIDAD DE SERVICIOS AVENIDA PRIMERO DE MAYO
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110011115804

Fecha de generación del carné: martes, 22 de octubre de 2024 08:52 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52908968
Nombres y Apellidos	CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA
Fecha de nacimiento:	20/12/1982

Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	22/10/2024	Green Cross 0.5 ml	V50524004	ASISTIR SALUD SAS QUIROGA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	28/01/2019	Sarampión -Rubéola -SERUM	0128N342	UPA 1 DE MAYO
Td	Primera dosis	21/04/2007	Tetavax		
	Segunda dosis	21/11/2017	Serum		
	Tercera dosis	21/07/2020	Toxoide Tetánico y diftérico	2338X004AE	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
	Cuarta dosis	28/12/2023	Serum	2332L004B	UPA 10 CENTRO GEDIATRICO -ABASTOS
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD


Institución vacunadora: 110011115804

Fecha de generación del carné: martes, 22 de octubre de 2024 08:52 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52908968
Nombres y Apellidos	CLAUDIA MARIA PINILLA CARRANZA
Fecha de nacimiento:	20/12/1982

Toxoide Tetánico	Quinta dosis			
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis			
	Segunda dosis			
	Tercera dosis			
	Cuarta dosis			
	Quinta dosis			
	Refuerzo			
Triple viral	Primera dosis			
	Refuerzo			
	Primera dosis			
Varicela	Primera dosis			
	Segunda dosis			
	Refuerzo			
Varicela + Triple Viral	Única			
VPH Bivalente	Primera dosis			
	Segunda dosis			
	Tercera dosis			
VPH Nona Valente	Única			
	Primera dosis			
	Segunda dosis			
	Tercera dosis			
	Única			
VPH Tetravalente	Única			
	Primera dosis			
	Segunda dosis			
	Tercera dosis			
	Única			

	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E NIT. 892.000.264 – 4		
	PROCESOS TRANSVERSALES		
	FORMATO ACTA GENERAL		
	Fecha: 05/04/2024	Código: HMA-FR-07	Versión: 04

ACTA DE SOCIALIZACION DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA. COMO PROCESO DE INDUCCION Y REINDUCCION CODIGO DE INTEGRALIDAD VALORES (Respeto, Compromiso, Diligencia, Justicia, Honestidad), PROGRAMA DE HUMANIZACION – POLITICAS INSTITUCIONALES – SOCIALIZACION DE PLANES DE TALENTO HUMANO (Plan Incentivos y bienestar social-Plan de Capacitación-Plan de Recursos -Plan de vacantes, Plan estratégico talento Humano) CODIGO ETICA Y BUEN GOBIERNO, Fecha Inducción: 15/07/2025- Contratista: CLAUDIA MARIA PINLLA CARRANZA CC. 52908968 Bogotá (Aps) fecha vinculación: 02/05/2025. correo: claudiapinilla.psicologia@gmail.com

FECHA: 15-07-2025

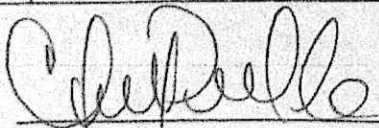
CEDULA: 52908968

NOMBRE VINCULADO: Claudia Maria Pinlla Carranza

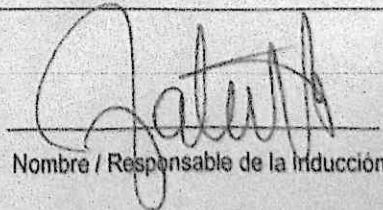
Declaro haber recibido la inducción y re inducción establecida para el ingreso como contratista, Realizando las actividades según mi profesión en Psicología donde fueron explicadas de manera clara y precisa los siguientes temas:

INDUCCION GENERAL

<input checked="" type="checkbox"/>	Misión, Visión y Objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	Reseña Histórica Institucional
<input checked="" type="checkbox"/>	Principios y valores Corporativos	<input checked="" type="checkbox"/>	Código de Integralidad valores (justicia, diligencia, respeto, compromiso)
<input checked="" type="checkbox"/>	Cultura organizacional en la entidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Política de calidad -Programa de Humanización
<input checked="" type="checkbox"/>	Buenas prácticas de gestión ambiental	<input checked="" type="checkbox"/>	Manual sarlaf
<input checked="" type="checkbox"/>	Reglamento Interno de Higiene y seguridad	<input checked="" type="checkbox"/>	Plan eficiencia administrativa y cero papeles
<input checked="" type="checkbox"/>	Manual del Talento Humano	<input checked="" type="checkbox"/>	Gestión Documental.
<input checked="" type="checkbox"/>	Planes Talento Humano (estratégico, bienestar, recursos,	<input checked="" type="checkbox"/>	Órganos de administración y dirección
<input checked="" type="checkbox"/>	Ley de acoso laboral 1010/2006	<input checked="" type="checkbox"/>	Comités Institucionales existentes
<input checked="" type="checkbox"/>	Código de Ética y Buen Gobierno	<input checked="" type="checkbox"/>	Normas y Faltas Disciplinarias LEY 1952 28/01/2019.
INDUCCIÓN DEL AREA DONDE DESARROLLA LA ACTIVIDAD			
<input checked="" type="checkbox"/>	Responsabilidades del Contrato	<input checked="" type="checkbox"/>	Entrega de Actividades
<input checked="" type="checkbox"/>	Área donde desarrolla las actividades	<input checked="" type="checkbox"/>	Presentación a Compañeros



Nombre / Firma del colaborador



Nombre / Responsable de la Inducción.