Tuta, Marzo de 2026

Doctora
**LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ**
Gerente ESE Puesto de Salud San Miguel
Tuta – Boyacá

**Ref. Propuesta Económica**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito presentar propuesta para la realización de las actividades como **AUXILIAR DE ENFERMERÌA** para el sector **RURAL** en el marco de la implementación del modelo APS y la operación de los Equipos Básicos en Salud de la ESE Puesto de Salud San Miguel de Tuta, para la vigencia 2026, la cual incluye las siguientes actividades:

| **ACTIVIDADES AUXILIARES DE ENFERMERÍA** |
|---|
| 1. Generar y entregar cronograma mensual de actividades por EBS según formato dispuesto por el MSPS que dé cuenta de todas las acciones y actividades realizadas por los EBS durante cada periodo contratado. |
| 2. Garantizar el acompañamiento a cada profesional (Intra y extramural), brindando las atenciones propias del perfil con toma de SV, aplicación de tamizajes según necesidad, información en salud y otros de acuerdo con el cronograma de operación y mestas establecidas con las familias en cada MT. |
| 3. Garantizar y realizar la caracterización e identificación de necesidades socio- ambiental, individual y familiar en la el 100% del microterritorios, velando por el adecuado diligenciamiento en formato definido por MSPS (SI-APS), garantizando la calidad, veracidad y completitud de la información registrada y cargada. (El número de familias a visitar para caracterizar será según cronograma de actividades concertado entre la ESE Puesto de Salud san Miguel de Tuta y MSPS asignadas por coordinación APS). |
| 4. Identificar, canalizar e informar sobre personas no afiliadas al sistema de salud para gestionar trámite de afiliación de manera prioritaria mediante la oficina de aseguramiento, verificado, así mismo brindar información en prevención e Inducir la demanda ante la identificación de eventos relacionados con las prioridades en salud pública (Obligatoria notificación a la ESE para activar protocolos) |
| 5. Brindar educación e información para la salud orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno y direccionar de acuerdo con la oferta institucional a otros sectores y proyectos sociales de acuerdo con la necesidad. |

| |
|---|
| 6. Canalizar (matriz de Canalización) y garantizar la gestión de la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) de acuerdo con la oferta de servicios brindada por la ESE y otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. Adicionalmente, suministrar información verificada y clara, que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria. |
| 7. Garantizar el cargue efectivo y digitalización diariamente de los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta (SI-APS) definida el MSPS para tal fin. (Cargue del 100% de la información) |
| 8. Apoyar la convocatoria y participar en los espacios de participación social y popular por cada una de los microterritorios abordados por el equipo, así mismo apoyar la difusión e informar a la comunidad sobre las acciones que desarrollaran los equipos a través de medios y herramientas comunicativas disponibles en cada territorio y microterritorios esta última de forma mensual). |
| 9. Participar en las unidades de análisis con la entrega de información actualizada y veraz, solicitada para el análisis por parte de EBS semanalmente. |
| 10. Entregar informe mensual que incluya soportes en físico y digital de las acciones y actividades realizadas con diligenciamiento completo de los formatos establecidos. |
| 11. Elaborar y entregar informe final a los que haya lugar dentro la estrategia de Atención primaria en salud para el municipio de Tuta, para la vigencia 2025. |
| 12. Mantener los precios establecidos en la oferta que acompaña la propuesta presentada por el contratista |
| 13. Todas las demás indicaciones que determine la supervisión a través de la coordinación de APS o con el fin de dar cumplimiento a los convenios establecidos con el ministerio de salud, secretaria de salud territorial o secretaria de salud departamental. (Reuniones de Equipo APS-EBS convocadas por la supervisión o coordinación). |
| 14. Pagar los aportes a seguridad social integral de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) a que legalmente está obligado, acorde a los valores establecidos legalmente y anexar los soportes en cada cuenta. |

**Duración del contrato:** Según se determine en el contrato.

**Forma de pago:** Pago mensual de $ 3.450.000 pesos m/te.

Cordialmente,



**NOMBRE: YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ**
**C.C. No. 1.007.436.032 de TOCA**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.436.032**

**GUTIERREZ JIMENEZ**

APELLIDOS

**YESIKA ALEJANDRA**

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-FEB-2001**

**TOCA**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.57** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**F** SEXO

**14-FEB-2019 TOCA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0731300-01076103-F-1007436032-20190522 **0065**81492A 1 51607197

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| Gutierrez | Jimenez | Yesika Alejandra |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.007.436.032

*SEXO*: F (X) M ( )

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

*LIBRETA MILITAR*

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 06 MES 02 AÑO 2001

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

MUNICIPIO Toca

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Brr. El Dorado

PAÍS Colombia DEPTO Boyacá

MUNICIPIO Tunja

TELÉFONO 3112397256 EMAIL alejandragjimenez@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* Bachiller Tecnico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 12 AÑO 2017 |
| | | | | | | | | | | X | |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No.SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 03 | X | | Tecnico Laboral Auxiliar en enfermeria | 06 | 2024 | |
| TC | 03 | X | | Tecnico Laboral por competencias en Sistemas | 12 | 2019 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| Ingles | X | | | | X | | X | | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| E.S.E Puesto De Salud San Miguel | X | | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Boyacá | Tuta | ebstutaboy@gmail.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA 22 MES 08 AÑO 2025 | DÍA 21 MES 12 AÑO 2025 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Aux. Enfermeria Rural | | Tuta |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| Servinsalud IPS | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Boyacá | Tunja | hdvservinsaludips@gmail.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3013531363 | DÍA 17 MES 08 AÑO 2024 | DÍA 19 MES 09 AÑO 2024 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Aux.enfermeria Domiciliario | | BRR. SANTA INES |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| Hospital Nuestra Señora Del Carmen | X | | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Mesitas Del Colegio | contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3107819572 | DÍA MES AÑO 2024 | DÍA MES AÑO 2024 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermeria | | Mesitas del Colegio |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| Maria Sanabria | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Boyacá | Toca | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3228820068 | DÍA 17 MES 01 AÑO 2022 | DÍA 15 MES 01 AÑO 2024 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Cuidadora Adulto Mayor | | Toca |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | | 10 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 2 | 1 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 2 | 11 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) 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* Tunja, Boyacá 09 de Enero del 2026



*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública

# FORMULARIO ÚNICO
# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
# PERSONA NATURAL
# (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ

IDENTIFICADO CON: C.C .X C.E. T.I. N° 1.007.436.032 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | COLOMBIA | Departamento | BOYACA | Municipio | TOCA |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección | CALLE 3# 11-27 | | | Teléfonos | 3112397256 |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| JOSE ORLANDO GUTIERREZ MONTAÑA | C.C. 9521427 de sogamoso | PADRE |
| ALBINA ROSA JIMENEZ | C.C. 46355859 de sogamoso | MADRE |
| IAN JERONIMO ORTIZ GUTIERREZ | R.C. 1056932458 de toca | HIJO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ - |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**EMPLEADOR O CONTRATANTE**

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. C.E. T.I. | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

TOCA-BOYACA 07 de marzo del 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 06:38:40 PM horas del 08/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1007436032**
Apellidos y Nombres: **GUTIERREZ JIMENEZ YESIKA ALEJANDRA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

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

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/03/2026 06:40:29 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1007436032** y Nombre: **YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ.**

## 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. **136063544** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 292580583

PIB
18:54:27


Bogotá DC, 08 de marzo 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) YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007436032:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 18:46:39 horas del 08/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1007436032,** Apellidos y Nombres **GUTIERREZ JIMENEZ YESIKA ALEJANDRA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA** , con NIT **820003641-0** 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

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 domingo 08 de marzo de 2026, a las 18:48:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1007436032 |
| Código de Verificación | 1007436032260308184842 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

# 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 1007436032 **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 08/03/2026 06:51 PM

Código Verificación: **GXDWARKQHN**

Válida hasta: **06/06/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

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

# CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL BOYACA

NIT: 891801940-9

CONTACTOS
7400795 - 7425208
boyaca@cruzrojacolombiana.org
Calle 17 No. 9-56
Tunja (Boyacá)

## CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



**PACIENTE:** YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ

**GÉNERO:** Femenino

**TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1007436032 **FECHA NACIMIENTO:** 06/02/2001 **EDAD:** 24 año(s) 6 mes(es) 14 día(s)

**EMPRESA CONTRATANTE:** A QUIEN LE INETERESE

**CARGO DESEMPEÑAR:** CONTRATISTA **JORNADA TRABAJO:** Diurno

**TIPO EXAMEN:** Ingreso

**FECHA:** 20/08/2025

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

### 1. RECOMENDACIONES GENERALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.1. Remisión a EPS | 1.3. Completar esquema vacunación | 1.5. Suspender tabaquismo | Ninguna |
| 1.2. Continuar manejo médico | X 1.4. Inicio o continuar actividad física | 1.6. Reducir consumo de alcohol | 1.7. Control de peso y nutrición |
| | | | 1.8. Otras |

### 2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.1. Calificación de origen | 2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica | X 2.7. Pausas activas | Ninguna |
| X 2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas | X 2.5. Uso de elementos de protección personal | X 2.8. Uso de corrección visual | X 2.9. Uso diario de bloqueador solar |
| 2.3. Seguimiento por ARL | X 2.6. Pautas ergonómicas | | 2.10. Otros |

### 3. RESTRICCIONES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts | 3.4. Trabajos en temperaturas bajas | 3.7. Trabajo en espacios confinados | X No Aplica |
| 3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts | 3.5. Trabajo en temperaturas altas | 3.8. Para conducción de vehiculos | 3.10. Cargas |
| 3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos | 3.6. Trabajos con riesgo eléctrico | 3.9. Manipulación de alimentos | 3.11. Viajes |
| | | | 3.12. Otros |

### 4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales

| | | | |
|---|---|---|---|
| X Concepto Sin Restricciones para el cargo | Sin Restricciones para trabajo eléctrico | Requiere evaluar reubicación laboral | Sin restricción para continuar su labor actual |
| Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones) | Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas | Requiere nueva valoración | Sin diagnóstico de enfermedad laboral |
| Aplazado | Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados | Satisfactorio | Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL |
| Sin Restricciones para manipulación de alimentos | Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria | Enfermedades de origen común | Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral |
| Sin Restricciones para trabajo en alturas | | | |

### 5. EXÁMENES REALIZADOS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X Examen Físico | Rx Tórax | Perfil Lipídico | TSH | Frotis Faríngeo |
| X Examen Físico con Énfasis Osteomuscular | Rx Columna Lumbo Sacra | Perfil Hepático | Serología | KOH Uñas |
| Audiometría | Cuadro Hemático | Perfil Renal | Ácido Úrico | Coprológico |
| Optometría | Glicemia | Frotis Sangre Periférica | Tamizaje Drogas | Baciloscopia |
| Espirometría | Electrocardiograma | Hemoclasificación | Alcohol | Psicología |
| Visiometría | Parcial de Orina | Espermograma | Colinesterasa | Otro |

### 6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD - HIGIENE POSTURAL -

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

**FUNCIONARIO RESPONSABLE:**

MÉDICO ESPECIALISTA S.S.T.
C.C./ R.M. 1.118.534.946
LIC. S.S.T. 0191/2020

ADRIANA LIZETH NIÑO SALAMANCA
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 0191-2020

**PACIENTE:**

YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ





Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

La República de Colombia

y en su Nombre la

# Corporación Técnica Empresarial para el Trabajo

Con Licencia de Funcionamiento Resolución 006225 del 24 de Septiembre de 2019
Autorizada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, Según Resolución
No. 008945 del 10 de Diciembre de 2012, con Renovación de Registro de Programas,
Según Acuerdo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019
del Ministerio de Salud y Protección Social y Resolución No. 004499 del 18 de Julio de 2019,
Expedida por la Secretaria de Educación de Cundinamarca.

Confiere a:

## *Gutierrez Jimenez Yesika Alejandra*

Identificado (a) con *C.C.* No. *1.007.436.032* Expedida en *Toca.*

El Certificado de Técnico Laboral por Competencias en

# Auxiliar en Enfermería

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes con una intensidad horaria de 1.800 horas.

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Dirección General

Leidy Andrea Canon
Coordinación General

Registro Interno

Folio No. 6376-231-6376-A02 del Libro de Registro No. 66

Impresores Cel.311 2600911

# Corporación Técnica Empresarial Para El Trabajo

Nit.: 900790014-6

## *ACTA DE CERTIFICACION No.6376*

En la Ciudad de la Mesa, Cundinamarca, a los Quince (15) días del mes de Junio del año 2024, se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del programa **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** con una intensidad horaria de **1800 horas,** las suscritas Directora y Secretaria en la dirección de la **CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO** "Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano", Con Licencia de Funcionamiento Resolución No. 006225 del 24 de Septiembre de 2019, y Autorizada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, Según Resolución No. 008945 del 10 de Diciembre de 2012, con Renovación de Registro de Programas, Según Acuerdo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No.070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social y Resolución No. 004499 del 18 de Julio de 2019, Expedida por la Secretaria de Educación de Cundinamarca.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes se procedió a otorgar el Certificado de Técnico Laboral por Competencias en:

## ***AUXILIAR EN ENFERMERIA***

Al alumno cuyos Nombres, Apellidos y Número de Identidad se relaciona a continuación:

## *Gutierrez Jimenez Yesika Alejandra*

**Identificado(a) con C.C. No 1.007.436.032 de Toca.**

Es fiel copia tomada del Acta General No.**66,** Folio No. **6376-231-6376-A02** de fecha 15 de Junio de 2024, dada en La Mesa-Cundinamarca, a los 15 días del mes de Junio 2024.

Firmado y sellado

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Directora General
MARTHA BIBIANA PERAZA CASTILLO
C.C.No.52.195.294 de Bogotá D.C.

Coordinadora General
LEIDY ANDREA CAÑON PERAZA
C.C.No.1.030.633.018 de Bogotá D.C.

| | |
|---|---|
| No. contrato. | 098 - 2025 |
| Contratante: | **E.S.E. PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL.**<br>NIT. 820.003.641-1 |
| Contratista: | **YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ**<br>C. de C. No. 1.007.436.032 DE TOCA |
| Objeto: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA OPERACION DE UN EQUIPO BÁSICO RURAL, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE APS-EBS EN LA E.S.E. PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL. |
| Valor: | DOCE MILLONES DE PESOS ($12.000.000) M/cte. |
| Plazo de ejecución: | Cuatro (04) meses contados a partir de la firma del acta de inicio. |
| Fecha de contrato: | 22 de agosto de 2025 |

Entre los suscritos, por una parte, **LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ** identificada con cédula de ciudadanía No 1.054.678.677 de Moniquirá, en su calidad de gerente de la E.S.E. Puesto de Salud San Miguel de Tuta - Boyacá, facultada por la Junta Directiva para contratar en calidad de Representante Legal, quien para efectos del presente contrato se denominará el CONTRATANTE; y por la otra **YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ** titular de la C. de C. No. 1.007.436.032 de Toca, quien para los efectos del presente contrato se denominará el **CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir el presente contrato de prestación de servicios profesionales el cual se regirá por las siguientes cláusulas previas las siguientes consideraciones: **1.** Que la E.S.E. Puesto de Salud San Miguel para garantizar la prestación de los servicios a su cargo requiere contar con personal idóneo que brinde atención oportuna, eficiente, a fin de apoyar y coadyuvar en las actividades del **área misional de la entidad**. **2**. Que conforme a lineamientos nacionales establecidos mediante la resolución 0877 de 2025 se asignaron recursos para la entidad para la conformación de UN (01) equipos básicos en Salud – EBS, que para el perfil como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** se requiere su contratación para su destinación específica para el desarrollo y cumplimiento de ese programa. **3.** Que de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo Nº 004 de 2021, se prescribe que para esta clase de prestación de servicios la entidad estatal podrá contratar directamente con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato y que demuestre idoneidad y experiencia directamente relacionada con el área de que se trate, sin que sea necesario que haya obtenido previamente varias ofertas. **4.** Que se adelantaron los respectivos estudios previos para la celebración del presente contrato en observancia de los principios de la función administrativa y de la contratación con entidades del estado que resultan aplicables a la ESE Puesto de Salud San Miguel. **5.** Que la persona con la que se contrata cumple con el perfil idóneo como abogado para el objeto a contratar, lo cual garantiza el cumplimiento cabal de las obligaciones contractuales. **6.** Que existe la disponibilidad presupuestal para la suscripción del presente contrato, el cual además se rige por las siguientes cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA OPERACION DE UN EQUIPO BÁSICO RURAL, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE APS-EBS EN LA E.S.E. PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL. **CLÁUSULA SEGUNDA. VALOR:** La E. S. E. pagará al contratista por la ejecución del presente contrato la suma de **DOCE MILLONES DE PESOS ($12.000.000) M/cte**. El presente contrato incluye IVA, honorarios y emolumentos que impliquen la cabal ejecución del objeto contractual; por lo tanto, el contratista sólo tendrá derecho a los valores expresamente convenidos en esta

cláusula, sin que se genere relación laboral, ni prestaciones sociales. La E.S.E. no responderá por actividades adicionales por fuera de lo pactado. **CLÁUSULA TERCERA FORMA DE PAGO:** La E.S.E. pagará al CONTRATISTA la suma acordada, mediante cuatro (04) pagos iguales, exigibles al último día hábil de cada mes calendario durante la vigencia del contrato, cada uno por valor de **TRES MILLONES DE PESOS ($3´000.000) M/cte**, previa acreditación de: i) certificación del supervisor del contrato sobre el cumplimiento a satisfacción del objeto contractual y obligaciones conexas, (ii) el informe de actividades o su equivalente; iii) Para efectos de cada pago el contratista deberá encontrarse al día en los pagos correspondientes al sistema de seguridad social integral, conforme lo establece el artículo 50 de la ley 789 de 2002, el decreto 1273 de 2018 "*en relación al pago y retención de aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscales de trabajadores independientes …*" y la ley 1955 de 2019. iv) Deberá anexarse la cuenta de cobro o factura por el contratista. **PARAGRAFO 1:** LA E.S.E. PUESTO DE SALUD efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. **CLÁUSULA CUARTA: PLAZO DE EJECUCIÓN:** El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato en un plazo de cuatro (04) meses, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin sobre pasar el 30 de diciembre de 2025. **CLAÚSULA QUINTA: OBLIGACIONES DE LAS PARTES.** Para la debida ejecución del objeto contractual, EL CONTRATISTA cumplirá las siguientes: **PARAGRAFO 1: OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:** 1. Ejecutar idónea y oportunamente el objeto del contrato. 2. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución contractual evitando dilaciones y en trabamientos que afecten el debido desarrollo. 3. Llevar registros, archivos y controles que se requieran para información oportuna y confiable respecto de los asuntos a su cargo. 4. Atender los requerimientos hechos por el contratante o supervisor y en caso de no ser posible, emitir por escrito una explicación que fundamente este acto. 5. Mantener informada a la supervisión de cualquier circunstancia que afecte la debida ejecución del contrato. 6. Acreditar mensualmente, junto con el informe de supervisión su afiliación y pago al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, pensión y riesgos laborales en los términos y porcentajes establecidos en la ley, de conformidad con lo preceptuado en la ley 789 de 2002, Ley 1150 de 2007 y la Ley 1955 de 2019. 7. Realizar el pago de impuestos, tasas y emolumentos a que haya lugar. 8. Aplicar tanto la Ley de archivo como la Ley de Habeas Data, en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. 9. Operar y manejar en forma correcta, así como responder por el cuidado y buen uso de los equipos y elementos asignados para el desarrollo de las obligaciones contractuales. 10. Apoyar la gestión documental y fomentar la conservación adecuada de los archivos, mediante la utilización de procedimientos y operaciones archivísticas de conformidad con las normas vigentes. 11. El CONTRATISTA se compromete a realizar y velar por el cumplimiento de todos los procesos y procedimientos de cada servicio. 12. Coadyuvar y cumplir de manera decidida con la gestión de todos los procesos y procedimientos de su servicio, tanto asistencial como administrativa requeridos para habilitación, acreditación, sistema de garantía de la calidad y MIPG, de acuerdo con las normas que le regulan y las políticas y directrices impartidas por la ESE, además de asistir a las reuniones en que se requiera. 13. Constituye causal de terminación unilateral del presente contrato por parte de LA ENTIDAD CONTRATANTE, el recibir queja por parte de usuarios y/o funcionarios de la entidad, que permita establecer la no prestación del servicio por parte del CONTRATISTA y/o la deficiencia en la oportunidad y/o calidad al prestarlo. **PARÁGRAFO 2: OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:** El contratista dentro de la ejecución del

contrato, de manera independiente, es decir sin que exista subordinación laboral, utilizando sus propios medios, se obliga al desarrollo de las siguientes actividades: 1. Generar y entregar cronograma mensual de actividades por equipo en formato dispuesto por Ministerio de Salud y Protección social que dé cuenta de todas las acciones y actividades realizadas por los EBS. 2. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio. 3. informar a la comunidad las acciones que desarrollaran los equipos a través de medios y herramientas comunicativas (informe de abordaje en el micro territorio que incluya registro fotográfico y lista de asistencia) 4. Realizar la caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el micro territorio, velando por el adecuado diligenciamiento en formato o app definido por MSPS (SURVEY123), garantizando la calidad, veracidad y completitud de la información registrada. (El número de familias a visitar para caracterizar será según cronograma de actividades concertado entre la ESE Puesto de Salud san Miguel de Tuta y MSPS asignadas por coordinación APS). 5. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación mediante canalización a la oficina de aseguramiento. 6. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario). 7. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública 8. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno 9. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. 10. Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. 11. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. 12. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin 13. Participar en los espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo. 14. Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria. 15. Registrar en matriz de canalización los pacientes según el riesgo identificado en cada familia, mediante el formato establecido para tal fin. 16. Participar en las unidades de análisis con la entrega de información solicitada para el análisis por parte de EBS semanalmente. 17. Participar y apoyar el desarrollo de jornadas de salud y jornadas de vacunación realizadas por la ESE, para el beneficio de la comunidad. 18. Entregar informe mensual que incluya soportes en físico de las visitas realizadas y diligenciamiento completo de los formatos establecidos. 19. Elaborar y entregar informe final a los que haya lugar dentro la estrategia de Atención primaria en salud para el municipio de Tuta, para la vigencia 2025 20. Mantener los precios establecidos en la oferta que acompaña la propuesta presentada por el contratista. 21. Todas las demás indicaciones que determine la supervisión a través de la coordinación de APS o con el fin de dar cumplimiento a los convenios establecidos con el ministerio de salud, secretaria de salud territorial o secretaria de salud departamental. 22. Pagar los aportes a seguridad social integral de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) a que legalmente está obligado. **PARÁGRAFO 3: OBLIGACIONES DE LA E.S.E. PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL:** La Empresa se compromete a: 1. Cancelar oportunamente al

CONTRATISTA el valor del presente contrato en la forma estipulada, previo el cumplimiento de los requisitos exigidos por esta Entidad. 2. Brindar apoyo logístico al contratista en lo que requiera para la ejecución del objeto del contrato. 3. Vigilar el desarrollo y ejecución del contrato y exigir al contratista el cumplimiento del mismo, a través del Supervisor del contrato. **CLÁUSULA SEXTA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: LA ENTIDAD CONTRATANTE** cancelará el valor del presente contrato con cargo al rubro N° 2.1.2.02.02.009.03 denominado "Servicios de Salud EBS", conforme al CDP No. 202508035 del 11 de agosto de 2025, expedido por la jefe de presupuesto de la entidad contratante**. CLÁUSULA SÉPTIMA: CESIÓN Y SUBCONTRATOS.** El CONTRATISTA no podrá ceder total o parcialmente, ni subcontratar el objeto del presente contrato con persona alguna natural o jurídica, sin el previo consentimiento de la E.S.E., por lo que esta tampoco se hace responsable de ninguna de las obligaciones emanadas de los subcontratos ni de sus resultados por el hecho de haberlos autorizado. **CLÁUSULA OCTAVA: CADUCIDAD Y SANCIONES**: La entidad podrá dar aplicación al procedimiento sancionatorio establecido en los artículos 45, 46 y 47 del Acuerdo de la junta directiva No. 004 de 2021 o estatuto de Contratación, a fin de declarar la caducidad administrativa el contrato si a ello hubiere lugar, así como las sanciones o correctivos, las cuales el contratista declara aceptar. **CLÁUSULA NOVENA: GARANTIA**: Las garantías no serán obligatorias en los contratos cuya modalidad es directa, menor a 50 SMLMV, de acuerdo con el art. 44 del estatuto de contratación y por ende no se exigirá la acreditación de pólizas de seguros por razón de la cuantía. **CLÁUSULA DÉCIMA: MULTA**: En caso de mora o de incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales a cargo del CONTRATISTA éste autoriza expresamente mediante el presente documento a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL, para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento de multas diarias sucesivas del uno por ciento (1%) del valor total del contrato, sin que éstas sobrepasen el 10% del valor total del mismo. De las multas pasadas impuestas y cobradas, se informará a la Cámara de Comercio. **CLÁUSULA UNDÉCIMA: PENAL PECUNIARIA**. Si llegare a suceder el evento de incumplimiento total de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, deberá pagar a título de cláusula penal pecuniaria, el valor correspondiente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato o proporcional, cantidad que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL podrá cobrar ejecutivamente sin necesidad de requerimiento previo y constitución en mora, a los cuales expresamente se renuncia e independiente de los perjuicios que el incumplimiento del CONTRATISTA ocasione a la E.S.E. **CLÁUSULA DUODECIMA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA afirma bajo juramento que no se halla en curso dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad a que se refiere el artículo 10 del Acuerdo 004 de 2021. **CLÁUSULA DECIMA TERCERA: TERMINACION, MODIFICACION E INTERPRETACION UNILATERALES**. Este contrato podrá ser terminado, modificado e interpretado unilateralmente por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL, de acuerdo con las disposiciones contenidas en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993 sobre contratación administrativa, teniendo en cuenta circunstancia relacionadas con el servicio público. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN.** Este contrato se dará por terminado en cualquiera de los siguientes eventos: a) Por mutuo acuerdo entre las partes, siempre que con ello no se causen perjuicios a la E.S.E. b) Por declaración de caducidad o terminación unilateral en los términos previstos en los artículos 17 y 18 de la Ley 80 de 1993 y normas complementarias. c) Por agotamiento del objeto o vencimiento del plazo. En cualquiera de los eventos de terminación se procederá a la liquidación del contrato, en los términos de ley. Podrá

terminarse de manera anticipada si el objeto o valor se agotan, siempre y cuando no genere perjuicios a la Entidad. **PARÁGRAFO 1: LIQUIDACIÓN:** El presente contrato no será objeto de liquidación de acuerdo con lo dispuesto en el parágrafo 1 del Acuerdo 004 de 2021 donde indica que "*La liquidación a que se refiere el presente artículo no será obligatoria en los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión. Con el informe final del contratista y la constancia de pago se entenderá el cumplimiento total y liquidado el contrato. Únicamente habrá lugar a liquidar el contrato, en caso que haya saldos, cuentas pendientes u observaciones a realizar por las partes.*". **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: SOLUCIÓN DE LAS CONTROVERSIAS CONTRACTUALES.** Las parten convienen que en el evento en que surja alguna diferencia entre las mismas, por razón o con ocasión del presente contrato, será resulta a través de los mecanismos de solución de conflictos como la conciliación de conformidad con las normas que rigen la materia. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: SUPERVISIÓN Y VIGILANCIA.** La supervisión del presente contrato se ejercerá por la Jefe de Enfermeria de la E.S.E. quien velará y exigirá al CONTRATISTA la ejecución idónea y oportuna del objeto del contrato, quien además deberá desarrollar las funciones previstas en el art. 50 del Acuerdo 004 de 2021. **PARÁGRAFO:** La Gerencia podrá modificar esta designación en cualquier momento. **CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO.** Son documentos del presente contrato: 1. Certificado de disponibilidad presupuestal, 2. El certificado de antecedentes disciplinarios, fiscales, judiciales y de no estar en el registro nacional de medidas correctivas. 3. Copia de la cédula de ciudadanía. 4. Propuesta presentada por el contratista. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.** Se cumplirá según lo dispuesto en el Acuerdo 004 de 2021. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL**. Con ocasión del presente contrato el contratista no adquiere vinculación laboral alguna con el contratante. **CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL Y NOTIFICACIONES**. Para todos los efectos, las partes contratantes acuerdan como domicilio el de la E.S.E. PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL y recibirán notificaciones así: el **CONTRATISTA** en Cra. 2E # 23b-39 barrio el Dorado la municipio de Tunja, Teléfono: 3112397256, email alejandragjimenez6@gmail.com ; y la **CONTRATANTE** en la E.S.E. PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL Centro, del Municipio de TUTA – Boyacá.

El contratista manifiesta de manera expresa que acepta en su totalidad el contenido y términos del presente contrato y declara bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no le asiste ninguna incompatibilidad y/o inhabilidad de las descritas en el acuerdo 004 de 2021 o Estatuto de Contratación de la ESE. En señal de conformidad las partes suscriben el presente documento el 22 de agosto de 2025.

EL PRESENTE DOCUMENTO NO REQUIERE DE IMPRESIÓN NI FIRMA.
El presente contrato se entenderá perfeccionado con la aceptación y aprobación que realicen las partes de manera digital en el SECOP II.

**LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ**
Gerente E.S.E. - San Miguel

**YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ**
Contratista

*Proyectó: Carlos A. Rondón G. Asesor Externo.*

| | |
|---|---|
| No. contrato. | **COMPLEMENTO CONTRATO ELECTRONICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 046-2026** |
| Contratante: | **E.S.E. PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL.**<br>**NIT. 820.003.641-1** |
| Contratista: | **YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ**<br>**C.C. No. 1007436032 EXPEDIDA EN TOCA** |
| Objeto: | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA OPERACIÓN DE UN EQUIPO BÁSICO RURAL, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE APS-EBS EN LA ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL** |
| Valor: | **SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($ 6.900.000) M/CTE.** |
| Plazo de ejecución: | **DOS (2) MESES, CONTADOS DESDE EL 01 DE FEBRERO DE 2026 Y HASTA EL 31 DE MARZO DE 2026** |
| Fecha de contrato: | **28 DE ENERO DE 2026** |

Entre los suscritos, por una parte, **LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ** identificada con cédula de ciudadanía No 1.054'678.677 de Moniquirá, en su calidad de gerente de la E.S.E. Puesto de Salud San Miguel de Tuta - Boyacá, facultada por la Junta Directiva para contratar en calidad de Representante Legal, quien para efectos del presente contrato se denominará el CONTRATANTE; y por la otra, **YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ,** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1007436032 EXPEDIDA EN TOCA**, quien para los efectos del presente contrato se denominará el **CONTRATISTA**, y declara que tiene capacidad para celebrar este contrato, que no incurre en causalde inhabilidad e incompatibilidad de las previstas en las leyes 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas constitucionales y legales, hemos acordado celebrar el presente contrato, elcual se regirá por las siguientes consideraciones:

CLAUSULAS

| | |
|---|---|
| 1. OBJETO | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA OPERACIÓN DE UN EQUIPO BÁSICO RURAL, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE APS-EBS EN LA ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL** |
| 2. PLAZO | El plazo de ejecución del presente contrato es de **DOS (2) MESES, CONTADOS DESDE EL 01 DE FEBRERO DE 2026 Y HASTA EL 31 DE MARZO DE 2026,** previa suscripción del acta de inicio, una vez, perfeccionado el contrato y cumplidos los requisitos de ejecución.<br><br>PARÁGRAFO. –Una vez cumplidos los requisitos, el supervisor deberá cargar el Acta de Inicio en la plataforma SECOP II, dicha Acta deberá ser suscrita por el CONTRATISTA y el supervisor del contrato dentro de los tres (3) días siguientes a la firma del mismo, este último el mismo día de su suscripción, deberá |

| | |
|---|---|
| | cargarla en la plataforma SECOP II. Para que haga parte del expediente electrónico. |
| 3. SUJECIÓN A LAS APROPIACIONES PRESUPUESTALES: | LA ENTIDAD CONTRATANTE cancelará el valor del presente contrato con cargo al rubro N° 212020200907-123227 denominado "Servicios de salud - EBS - FTE: VENTA DE BIENES Y SERVICIOS CON DESTINACION ESPECIFICA LEGAL", conforme al CDP No. 202601054 del 26 de enero de 2026, expedido por el jefe de presupuesto de la entidad contratante. |
| 4. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA | **4.1. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA**<br>1. Ejecutar idónea y oportunamente el objeto del contrato.<br>2. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución contractual evitando dilaciones y en trabamientos que afecten el debido desarrollo.<br>3. Llevar registros, archivos y controles que se requieran para información oportuna y confiable respecto de los asuntos a su cargo.<br>4. Atender los requerimientos hechos por el contratante o supervisor y en caso de no ser posible, emitir por escrito una explicación que fundamente este acto.<br>5. Mantener informada a la Supervisión de cualquier circunstancia que afecte la debida ejecución del contrato.<br>6. Acreditar mensualmente, junto con el informe de supervisión su afiliación y pago al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, pensión y riesgos laborales en los términos y porcentajes establecidos en la ley, de conformidad con lo preceptuado en la ley 789 de 2002, ley 1150 de 2007 y la ley 1955 de 2019.<br>7. Realizar el pago de impuestos, tasas y emolumentos a que haya lugar.<br>8. Mantener informado al supervisor sobre el desarrollo de las actividades contractuales, para lo cual presentará informes mensuales de la ejecución del objeto contractual.<br>9. Aplicar tanto la Ley de archivo como la Ley de Habeas Data, en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales.<br>10. Operar y manejar en forma correcta, así como responder por el cuidado y buen uso de los equipos |

E.S.E. SAN MIGUEL TUTA
Comprometidos con Proteger tu Salud

y elementos asignados para el desarrollo de las obligaciones contractuales.

11. Apoyar la gestión documental y fomentar la conservación adecuada de los archivos, mediante la utilización de procedimientos y operaciones archivísticas de conformidad con las normas vigentes.
12. Las demás obligaciones requeridas por el supervisor o por el ordenador del gasto para el buen desarrollo del objeto contractual.

4.2. **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:**

El contratista dentro de la ejecución del contrato, de manera independiente, es decir sin que exista subordinación laboral, utilizando sus propios medios, se obliga al desarrollo de las siguientes actividades:

1. Generar y entregar cronograma mensual de actividades por EBS según formato dispuesto por el MSPS que dé cuenta de todas las acciones y actividades realizadas por los EBS durante cada periodo contratado.
2. Garantizar el acompañamiento a cada profesional (Intra y extramural), brindando las atenciones propias del perfil con toma de SV, aplicación de tamizajes según necesidad, información en salud y otros de acuerdo con el cronograma de operación y mestas establecidas con las familias en cada MT.
3. Garantizar y realizar la caracterización e identificación de necesidades socio- ambiental, individual y familiar en la el 100% del microterritorios, velando por el adecuado diligenciamiento en formato definido por MSPS (SI-APS), garantizando la calidad, veracidad y completitud de la información registrada y cargada. (El número de familias a visitar para caracterizar será según cronograma de actividades concertado entre la ESE Puesto de Salud san Miguel de Tuta y MSPS asignadas por coordinación APS).
4. Identificar, canalizar e informar sobre personas no afiliadas al sistema de salud para gestionar trámite de afiliación de manera prioritaria mediante la oficina de aseguramiento, verificado, así mismo brindar información en prevención e Inducir la demanda ante la identificación de eventos relacionados con las prioridades en salud pública (Obligatoria notificación a la ESE para activar

| | |
|---|---|
| | protocolos)<br>5. Brindar educación e información para la salud orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno y direccionar de acuerdo con la oferta institucional a otros sectores y proyectos sociales de acuerdo con la necesidad.<br>6. Canalizar (matriz de Canalización) y garantizar la gestión de la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) de acuerdo con la oferta de servicios brindada por la ESE y otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. Adicionalmente, suministrar información verificada y clara, que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.<br>7. Garantizar el cargue efectivo y digitalización diariamente de los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta (SI-APS) definida el MSPS para tal fin. (Cargue del 100% de la información)<br>8. Apoyar la convocatoria y participar en los espacios de participación social y popular por cada una de los microterritorios abordados por el equipo, así mismo apoyar la difusión e informar a la comunidad sobre las acciones que desarrollaran los equipos a través de medios y herramientas comunicativas disponibles en cada territorio y microterritorios esta última de forma mensual).<br>9. Participar en las unidades de análisis con la entrega de información actualizada y veraz, solicitada para el análisis por parte de EBS semanalmente.<br>10. Entregar informe mensual que incluya soportes en físico y digital de las acciones y actividades realizadas con diligenciamiento completo de los formatos establecidos.<br>11. Elaborar y entregar informe final a los que haya lugar dentro la estrategia de Atención primaria en salud para el municipio de Tuta, para la vigencia 2026.<br>12. Mantener los precios establecidos en la oferta que acompaña la propuesta presentada por el contratista<br>13. Todas las demás indicaciones que determine la supervisión a través de la coordinación de APS o con el fin de dar cumplimiento a los convenios establecidos con el ministerio de salud, secretaria de salud territorial o secretaria de salud departamental. (Reuniones de Equipo APS-EBS convocadas por la supervisión o |

| | |
|---|---|
| | coordinación).<br>14. Pagar los aportes a seguridad social integral de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) a que legalmente está obligado, acorde a los valores establecidos legalmente y anexar los soportes en cada cuenta. |
| 5. OBLIGACIONES DE LA ESE SAN MIGUEL DE TUTA | 1. Cancelar oportunamente al CONTRATISTA el valor del presente contrato en la forma estipulada, previo el cumplimiento de los requisitos exigidos por esta Entidad.<br>2. Brindar apoyo logístico al contratista en lo que requiera para la ejecución del objeto del contrato.<br>3. Vigilar el desarrollo y ejecución del contrato y exigir al contratista el cumplimiento del mismo, a través del Supervisor del contrato. Parágrafo 1. Viáticos: La E.S.E. pagará los gastos de desplazamiento del contratista, cuando estos fueren autorizados previa aprobación del supervisor del contrato, en los casos en que la ejecución del objeto contractual deba realizarse en lugares diferentes al domicilio contractual acordado por las partes. Para el pago de los gastos mencionados, la entidad utilizará como referencia la escala de viáticos vigente para los funcionarios de la Entidad, y con base en el valor mensual de los honorarios.<br>4. En desarrollo del principio de coordinación, la ESE podrá efectuar requerimientos verbales o escritos al contratista tendiente a lograr una adecuada e idónea ejecución del objeto contractual, sin que por ésta circunstancia sea posible predicar la existencia de subordinación laboral alguna, bajo el entendido que la ESE tiene la responsabilidad de coordinar la prestación de los servicios en aras de garantizar el cumplimiento adecuado y oportuno del objeto contractual. |
| 6. VALOR | La E. S. E. pagará al contratista por la ejecución del presente contrato la suma de **SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($ 6.900.000) M/CTE.,** en el cual se incluyen impuestos, tasas y contribuciones del orden Nacional, Departamental, Municipal y demás a que haya lugar; por lo tanto, el contratista sólo tendrá derecho a los valores expresamente convenidos en esta cláusula, sin que se genere relación laboral, ni prestaciones sociales. La E.S.E. no responderá por actividades adicionales por fuera de lo pactado. |
| 7. FORMA DE PAGO | La E.S.E. pagará al CONTRATISTA la suma acordada, mediante DOS (2) PAGOS PARCIALES VENCIDOS, exigibles al último día hábil de cada mes calendario o al finalizar el plazo del contrato, así: cada uno por valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS |

| | |
|---|---|
| | CINCUENTA MIL PESOS M/CTE. ($3.450.000), previa acreditación de: i) certificación del supervisor del contrato sobre el cumplimiento a satisfacción del objeto contractual y obligaciones conexas, (ii) el informe de actividades o su equivalente; iii) Para efectos de cada pago el contratista deberá encontrarse al día en los pagos correspondientes al sistema de seguridad social integral. iv) Deberá anexarse la cuenta de cobro o factura por el contratista. **PARAGRAFO 1:** LA E.S.E. PUESTO DE SALUD efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos a disponibilidad de caja de la entidad. |
| 8. GARANTÍAS | Las garantías no serán obligatorias en los contratos cuya modalidad es directa, menor a 50 SMLMV, de acuerdo con el art. 44 del estatuto de contratación y por ende no se exigirá la acreditación de pólizas de seguros por razón de la cuantía. |
| 9. SUPERVISOR | La supervisión del presente contrato se ejercerá a través de quien se desempeñe en el cargo de enfermero, código 243, grado 02, de la E.S.E. quien velará y exigirá al CONTRATISTA la ejecución idónea y oportuna del objeto del contrato, quien además deberá desarrollar las funciones previstas en el art. 50 del Acuerdo 004 de 2021. **PARÁGRAFO:** La Gerencia podrá modificar esta designación en cualquier momento. |
| 10. INDEMNIDAD | Las partes de común acuerdo, pactan como obligación del CONTRATISTA mantener libre a la ESE SAN MIGUEL DE TUTA de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes. |
| 11. RIESGOS | El contratista asume de forma obligatoria, los riesgos previsibles identificados y plasmados en los estudios previos, y aceptados en su propuesta. |
| 12. CLAUSULAS EXCEPCIONALES | En el presente contrato se incluyen las cláusulas excepcionales al Derecho común, consagradas en los artículos 14, 15, 16, 17 y 18 de la Ley 80 de 1993 y demás normas que regulen la materia. |
| 13. CAUSALES DE TERMINACIÓN | Este contrato se dará por terminado en cualquiera de los siguientes eventos: a) Por mutuo acuerdo entre las partes, siempre que con ello no se causen perjuicios a la E.S.E. b) Por declaración de caducidad o terminación unilateral en los términos previstos en los artículos 17 y 18 de la Ley 80 de 1993 y normas complementarias. c) Por agotamiento del objeto o vencimiento del plazo. d) Por incumplimiento de alguna de las obligaciones por parte del contratista. e) Por razones de fuerza mayor ajenas a la voluntad de |

| | |
|---|---|
| | las partes. f) Por la imposibilidad del contratista de cumplir su objeto social por la orden de autoridad competente.<br>En cualquiera de los eventos de terminación se procederá a la liquidación del contrato, en los términos de ley. Podrá terminarse de manera anticipada si el objeto o valor se agotan, siempre y cuando no genere perjuicios a la Entidad. |
| 14. MULTAS | En caso de mora o de incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales a cargo del CONTRATISTA éste autoriza expresamente mediante el presente documento a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL, para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento de multas diarias sucesivas del uno por ciento (1%) del valor total del contrato, sin que éstas sobrepasen el diez (10) % del valor total del mismo. De las multas pasadas impuestas y cobradas, se informará a la Cámara de Comercio. |
| 15. CLAUSULA PENAL | Si llegare a suceder el evento de incumplimiento total de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, deberá pagar a título de cláusula penal pecuniaria, el valor correspondiente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato o proporcional, cantidad que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL podrá cobrar ejecutivamente sin necesidad de requerimiento previo y constitución en mora, a los cuales expresamente se renuncia e independiente de los perjuicios que el incumplimiento del CONTRATISTA ocasione a la E.S.E. |
| 16. CADUCIDAD | La entidad podrá dar aplicación al procedimiento sancionatorio establecido en los artículos 45, 46 y 47 del Acuerdo de la junta directiva 004 de 2021 o estatuto de Contratación, a fin de declarar la caducidad administrativa el contrato si a ello hubiere lugar, así como las sanciones o correctivos, las cuales el contratista declara aceptar.<br>Declarada la caducidad: a) No habrá lugar a indemnización para el CONTRATISTA, quien se hará acreedor a las sanciones e inhabilidades previstas en la ley. b) Quedarán sin efecto los derechos no causados a favor del CONTRATISTA. c) Se harán efectivas las garantías a que haya lugar, las multas previamente decretadas y no hechas efectivas anteriormente y la cláusula penal pecuniaria. d) Se suspenderán los pagos que se hubieren librado o fueren a librarse o entregarse a favor del CONTRATISTA. Ejecutoriada la resolución de caducidad, se dará por terminado el presente contrato y se ordenará su liquidación en el estado en que se encuentre. En la liquidación se consignarán las prestaciones a cargo de las partes. |

| | |
|---|---|
| 17. RELACIÓN LABORAL | El presente contrato de prestación de servicios no genera relación laboral alguna, ni el pago de prestaciones sociales entre las partes, ni a sus dependientes, por la naturaleza del mismo y por cuanto no existe subordinación alguna entre el contratista y la ESE, por cuanto el contratista ejecuta el objeto contractual con su propia planta de personal, con plena autonomía e independencia. |
| 18. MODIFICACIÓN, INTERPRETACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERAL | Este contrato podrá ser terminado, modificado e interpretado unilateralmente por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL, de acuerdo con las disposiciones contenidas en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993 sobre contratación administrativa, teniendo en cuenta circunstancia relacionadas con el servicio público |
| 19. INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDADES | El CONTRATISTA afirma bajo juramento que no se halla en curso dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad a que se refiere el artículo 10 del Acuerdo 004 de 2021.<br><br>EL CONTRATISTA declara bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad consagradas en la Ley 80 de 1993 y demás normas vigentes que le impidan celebrar y ejecutar el presente contrato.<br><br>PARÁGRAFO.- El CONTRATISTA responderá por haber ocultado, al contratar, inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones, o por haber suministrado información falsa |
| 20. SOLUCIÓN DIRECTA DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES | Las partes contratantes en caso de presentarse controversias contractuales se comprometen a utilizar previo a cualquier acción los mecanismos de solución de controversias contractuales, tales como: a) Amigable Composición, b) Conciliación, y c) Transacción. |
| 21. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA | El CONTRATISTA será responsable ante las autoridades de los actos u omisiones que, en ejercicio de las actividades, desarrolle en virtud del presente contrato, cuando con ellos se cause perjuicio a la ESE San Miguel de Tuta o a terceros, en los términos del Artículo 52 de la Ley 80 de 1993. |
| 22. CESIÓN Y SUBCONTRATOS | El CONTRATISTA no podrá ceder total o parcialmente, ni subcontratar el objeto del presente contrato con persona alguna natural o jurídica, sin el previo consentimiento de la E.S.E., por lo que esta tampoco se hace responsable de ninguna de las obligaciones emanadas de los subcontratos ni de sus resultados por el hecho de haberlos autorizado, quien tampoco se hace responsable de ninguna de las obligaciones emanadas de los |

| | |
|---|---|
| | subcontratos ni de sus resultados por el hecho de haberlos autorizado. |
| 23. SUSPENSIÓN DEL CONTRATO | El plazo de ejecución del contrato podrá suspenderse en los siguientes eventos: A). Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito. B). Por mutuo acuerdo, siempre que de ello no se deriven mayores costos para la ESE San Miguel de Tuta, ni se causen otros perjuicios. PARÁGRAFO I.-La suspensión se hará constar en acta motivada, suscrita por el CONTRATISTA y el SUPERVISOR. PARÁGRAFO II.- El término de la suspensión no se computará para efectos de los plazos del contrato. |
| 24. LIQUIDACIÓN | El presente contrato no será objeto de liquidación de acuerdo con lo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 55 del acuerdo 004 de 2021 "Con el informe final del contratista y la constancia de pago se entenderá el cumplimiento total y liquidado el contrato.". Únicamente habrá lugar a liquidar el contrato, en caso que haya saldos o cuentas pendientes u observaciones a realizar por las partes. Con el informe final del contratista y la constancia de pago se entenderá el cumplimiento total y liquidado el contrato. De requerirse liquidación, se hará dentro de los 2 meses siguientes a su terminación. De no lograrse acuerdo, se liquidará unilateralmente dentro del mes siguiente. |
| 25. REGIMEN LEGAL | El presente contrato está sometido en un todo a la Ley Colombiana, a la jurisdicción de sus tribunales, y se rige por las disposiciones civiles y comerciales pertinentes, salvo en las materias particulares reguladas por la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y Decreto Reglamentario 1082 de 2015, Decreto 1882 de 2018. |
| 26. DOCUMENTOS INTEGRALES DEL CONTRATO | Hacen parte del presente contrato todas las actuaciones y documentos, surtidas y expedidos, respectivamente en las etapas precontractual, contractual, en la liquidación del mismo cuando haya lugar a ella, y en la etapa pos contractual y por tanto tiene fuerza vinculante con el presente contrato. |
| 27. REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN | El presente contrato se entiende perfeccionado con la firma de las partes; y para su ejecución se requiere la expedición del respectivo registro presupuestal y la afiliación a ARL por parte del contratista y la aprobación de las respectivas pólizas. |
| 28. DECLARACIONES | Las partes declaran que conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el presente contrato y los demás documentos que forman parte integral del mismo, cuya interpretación se sustentará en el principio de autonomía de la voluntad de las partes con fundamento en el artículo 1602 del código civil colombiano. |

| | |
|---|---|
| 29. CONFIDENCIALIDAD, HABEAS DATA, RESERVA DE INFORMACIÓN COMO ENCARGADA DE LOS DATOS | Como quiera que, en desarrollo del presente contrato, EL CONTRATISTA tendrá acceso a información de carácter confidencial y reservada de EL CONTRATANTE y de los usuarios del servicio, EL CONTRATISTA se obliga como ENCARGADO DE LOS DATOS a cumplir con todas y cada una de las disposiciones previstas en el ARTICULO 18 de la ley 1581 del 2012, además de no divulgar dicha información y se abstendrá de hacer uso indebido de la misma, inclusive con posterioridad a la terminación del presente contrato por cualquier causa. En el evento en que LA CONTRATISTA incumpla la obligación como ENCARGADO de los datos a que se refiere esta cláusula, se configura causal de terminación del contrato, sin perjuicio de las acciones civiles y penales que pueda interponer EL CONTRATANTE. De esta manera las partes acuerdan que cualquier información confidencial que guarde relación con el manejo y operación de EL CONTRATANTE, en caso de ser necesario realizar transferencia y/o transmisión de los datos por EL CONTRATISTA a terceros, siempre deberá estar autorizada por escrito por SUPERVISOR y/o RESPONSABLE DEL AREA RESPECTIVA. EL CONTRATISTA se obliga a tomar todas las medidas necesarias para garantizar la reserva de la información y la protección de los datos personales de todos los miembros de la comunidad de EL CONTRATANTE. PARÁGRAFO. Así mismo, EL CONTRATISTA se obliga a dejar y mantener libre e indemne a EL CONTRATANTE de cualquier demanda, solicitud de conciliación prejudicial, acción legal y/o reclamación que terceros puedan presentar contra EL CONTRATANTE por el uso indebido o el inadecuado tratamiento de datos personales de los usuarios y demás miembros de su comunidad, de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y la reglamentación oficial vigente, debiendo EL CONTRATISTA hacerse parte en todos los procesos judiciales que se formulen contra EL CONTRATANTE y obligándose a reembolsar a EL CONTRATANTE el valor de las condenas a ella impuestas, si se demuestra que el responsable del daño o perjuicio es EL CONTRATISTA. |
| 30. NOTIFICACIONES | Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del presente contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregadas personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones indicadas a continuación: a). La **CONTRATANTE** en la E.S.E. PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL, Centro, del Municipio de TUTA – Boyacá, el **CONTRATISTA** en el Barrio El dorado Tunja, correo electrónico: |

| | |
|---|---|
| | alejandragjimenez6@gmail.com, teléfono: 3112397256 |
| 31. FIRMA ELECTRÓNICA | EL CONTRATISTA acepta de manera inequívoca el contenido del contrato electrónico y sus anexos con la aceptación de este a través de la plataforma SECOP II |
| ESTE DOCUMENTO HACE PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ELECTRONICO No. 046-2026 SE ENTIENDE ACEPTADO CON LA SUSCRIPCIÓN ELECTRONICA DE LAS PARTES A TRAVÉS DEL PORTAL SECOP II. | |

E.S.E. SAN MIGUEL TUTA
Comprometidos con Proteger tu Salud

Fusagasugá, 31 de enero de 2025

**CONSTANCIA DE CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIOS**

La **SOCIEDAD DE SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD SAS - SERVINSALUD IPS** con NIT 900.534.245-4 certifica **YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.007.436.032**, prestó sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** mediante un contrato por prestación de servicios suscrito el pasado 17 de agosto de 2024 hasta el 19 de septiembre de 2024.

Esta constancia puede ser verificada al teléfono **3013531363** o, al correo electrónico **hdvservinsaludips@gmail.com**

Cordialmente,

**CINDY JULIETH ROBAYO RIVEROS**
**C.C 1.069.749.224**
**Jefe de Talento Humano SERVINSALUD IPS**

**CARTA DE RECOMENDACIÓN**

Tunja, 19 de agosto de 2024

**A QUIEN CORRESPONDA:**

Por medio de esta carta dejo constancia de que Yesika Alejandra Gutiérrez Jiménez, identificada con CC. N.º 1007436032 de Toca Boyacá es una persona responsable, comprometida en la realización de sus funciones con capacidad y voluntad de aprendizaje rápido. Además, es destacable su facilidad y predisposición a trabajar en equipo.
Yesika Alejandra trabajó cuidando a mi padre siendo un adulto mayor durante su enfermedad. En el periodo comprendido entre el 17 de enero del año 2022 al 15 de enero del 2024.Durante este tiempo se desempeñó como cuidadora y lo acompañó a sus citas médicas destacándose por su calidad humana en el cuidado de él.

A través de este escrito confirmo que la señorita Yesika Alejandra Gutiérrez Jiménez puede ser considerada una buena candidata para futuros procesos de selección. Su desempeño profesional y su comportamiento personal me permiten recomendarla ampliamente. Para que conste a los efectos oportuno, firmo esta carta y quedo a su disposición.

Clara I Sanabria A

CLARA INÉS SANABRIA AMAYA
C.C 40.025.550

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1007436032

Primer Nombre

YESIKA

Primer Apellido

GUTIERREZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2877

Verificar Registro en ReTHUS  Limpiar

**Resultado General -2026-03-08→6:59:03 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificac |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1007436032 | YESIKA | ALEJANDRA | GUTIERREZ | JIMENEZ | Vigente |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ identificado(a) con CC 1007436032 registra La siguiente información:**

**2026-03-08→6:59:03 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA | 2024-09-24 | 3514 | DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA |

**La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la**

**profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).**

## SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

## Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

# MULTIMÉDICAS
## CORPORACIÓN EDUCATIVA

*Certifica que:*

## ***YESIKA ALEJANDRA GUTIÉRREZ JIMÉNEZ***

*C.C. No:* ***1.007.436.032***

*Asistió y desarrolló el* ***Curso*** *en:*

# *ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGRESIÓN CON AGENTES QUÍMICOS*

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia –* ***Resolución 3100 de 2019***

*Certificado por* ***40 horas*** *y válido por 2 años; Emitido el* ***21/07/2025***

***JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ***
*Director Corporación Multimédicas*

***DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ***
*Coordinador Médico R.M. # 16957*

NIT 901495072-2 Matrícula Mercantil 493359

# MULTIMÉDICAS
## CORPORACIÓN EDUCATIVA

*Certifica que:*

# ***YESIKA ALEJANDRA GUTIÉRREZ JIMÉNEZ***

*C.C. No:* ***1.007.436.032***

*Aprobó satisfactoriamente los requerimientos del curso taller en:*

## ***SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB – BLS"***

### ***(RCP) Reanimación Cardio Respiratorio en Pediátricos y Adultos***

*Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por las organizaciones internacionales de reanimación tales como:* ***(AHA) American Heart Association, (ERC) European Resuscitation Council, (ILCOR) International Liaison Committee on Resuscitation.***

*Certificado por* ***20 horas*** *y válido por 2 años; Emitido el* ***21/07/2025***

***JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ***
*Director Corporación Multimédicas*

***DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ***
*Coordinador Médico R.M. # 16957*

*Libro 2 - Registro No. 016271 - Fecha de renovación, julio 20 de 2027*

Para la verificación y autenticidad de este documento, comunícate vía WhatsApp a línea 3123905971

NIT 901495072-2 Matrícula Mercantil 493359

# MULTIMÉDICAS
## CORPORACIÓN EDUCATIVA

*Certifica que:*

## ***YESIKA ALEJANDRA GUTIÉRREZ JIMÉNEZ***

*C.C. No:* ***1.007.436.032***

*Asistió y desarrolló el* ***Curso*** *en:*

# *ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN EN MANEJO DEL DUELO Y PÉRDIDA*

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia –* ***Resolución 0459 - 3100 de 2019***

*Certificado por* ***48 horas*** *y válido por 2 años****;*** *Emitido el* ***21/07/2025***

***JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ***
*Director Corporación Multimédicas*

***DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ***
*Coordinador Médico R.M. # 16957*

NIT 901495072-2 Matrícula Mercantil 493359

# MULTIMÉDICAS
## CORPORACIÓN EDUCATIVA

*Certifica que:*

## ***YESIKA ALEJANDRA GUTIÉRREZ JIMÉNEZ***

*C.C. No:* ***1.007.436.032***

*Desarrolló el* ***Curso*** *- Taller:*

## ***ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL***

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia –* ***Resolución 0459 de 2012 - 3100 de 2019***

*Certificado por* ***48 horas*** *y válido por 2 años****;*** *Emitido el* ***21/07/2025***

***JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ***
*Director Corporación Multimédicas*

***DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ***
*Coordinador Médico R.M. # 16957*

NIT 901495072-2 Matrícula Mercantil 493359

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 6e9b9c27-f669-43b4-b367-a93f9d271f9e

Nombres y apellidos / Full name: **YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1007436032**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/02/2001**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3112397256**

Correo electrónico / e-mail: **notiene@hotmail.com**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Dia / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| COVID SINOVAC | Primera | 25 | 07 | 2021 | Sinovac | 202106059O | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA | MERY VALIENTE |
| COVID SINOVAC | Segunda | 10 | 09 | 2021 | Sinovac | 202106096I | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA | MERY VALIENTE |
| TD Adulto | Primera | 23 | 05 | 2022 | Serum | 2331L011C | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA | MERY ELOISA VALIENTE DIAZ |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 23 | 05 | 2022 | Green Cross | V50222004 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA | MERY ELOISA VALIENTE DIAZ |
| TD Adulto | Segunda | 23 | 06 | 2022 | | AC37B391AA | TUTA ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL | MERY VALENTINA |
| TdaP Acelular Gestante | Anual | 23 | 06 | 2022 | Glaxo SmithKline | AC37B391AA | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA | MERY ELOISA VALIENTE DIAZ |
| COVID JANSSEN | Primer Refuerzo | 13 | 06 | 2023 | Janssen | 201G21A | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA | MERY ELOISA VALIENTE DIAZ |
| TD Adulto | Tercera | 29 | 07 | 2023 | Serum | 2332L004B | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA | MERY ELOISA VALIENTE DIAZ |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 29 | 07 | 2023 | BUTANTAN | 230047 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA | MERY ELOISA VALIENTE DIAZ |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera | 10 | 11 | 2023 | | 23GHBV006 | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL BOYACA | ANA ROSA CARDENAS PINEDA |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda | 20 | 01 | 2024 | | 23GHBV008 | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL BOYACA | DAVID STIVEN BOHORQUEZ FORERO |
| Hepatitis B Adultos Particular | Tercera | 01 | 03 | 2024 | | 23GHBV012 | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL BOYACA | ANA ROSA CARDENAS PINEDA |
| TD Adulto | Cuarta | 04 | 09 | 2024 | Serum | 2333L021C | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA | MARIA BAYONA |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 04 | 09 | 2024 | Green Cross | V50524005 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA | MARIA BAYONA |

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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

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

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - 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 vaccination schedule as it is described 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 records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 6e9b8c27-f669-43b4-b367-a93f9d271f9e

Nombres y apellidos / Full name: **YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1007436032**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/02/2001**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3112397256**

Correo electrónico / e-mail: **notiene@hotmail.com**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination (Dia / Day) | (Mes / Month) | (Año / Year) | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B Adultos Particular | Refuerzo | 20 | 08 | 2025 | | 24GBV017 | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL BOYACA | DAYANA PAOLA ROA RODRIGUEZ - CC1049637195 - ACTIVO |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 23 | 08 | 2025 | GC BIOPHARMA CORP | V50525006 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA | DAYANA ALEJANDRA NEIRA PINZON - CC1049658888 - INACTIVO |
| TD Adulto | Quinta | 09 | 09 | 2025 | Serum | 2334X006A | TUTA ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL | DORIS CECILIA CANO SANCHEZ - CC24202807 - ACTIVO |
| Fiebre Amarilla | Única | 12 | 11 | 2025 | Sanofi Pasteur | Y3D08 | TUTA ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL | WILSON ANDRES AMAYA SIMIJACA - CC1054094480 - ACTIVO |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

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

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - 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 vaccination schedule as it is described 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 records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

**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:

**YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.436.032**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

CERTIFICA

El(La) Señor(a) YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ identificado(a) con CC 1007436032 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **01/09/2025** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de marzo del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 141118128534

(415)7707212489984(8020) 000014111812853 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1007436032 | 4 | Impuestos y Aduanas de Tunja 20 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 13 | 1007436032 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Boyacá 15 | Toca 814 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GUTIERREZ | JIMENEZ | YESIKA | ALEJANDRA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Boyacá 15 | Toca 814 |

41. Dirección principal: CL 3 11 27 BRR NUEVO HORIZONTE

42. Correo electrónico: alejandragjimenez6@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3112397256 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica / Ocupación

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8692 | 2024 06 12 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

### Usuarios aduaneros

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

### 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2024-08-22 / 06:13:44PM

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 GACHA QUINTERO JUAN PABLO

985. Cargo Gestor III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# Certificación Bancaria

Lunes, 01 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ identificado(a) con CC 1007436032, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros | 91277164138 | 2025-01-20 | ACTIVO | ***** |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

| | |
|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ |
| Tipo y No. DE IDENTIFICACIÓN | C.C 1.007.436.032 De Toca |
| OBJETO | AUXILIAR DE ENFERMERIA RURAL |

| | Documento | Cumple | No cumple | N/A |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Propuesta económica | **X** | | |
| 2 | Cédula de ciudadanía | **X** | | |
| 3 | Hoja de Vida (Formato Único Función Pública) SIGEP | **X** | | |
| 4 | Formato de Declaración de Bienes y Rentas y conflicto de interés (SIGEP) | **X** | | |
| 5 | Certificado de antecedentes judiciales (Policía nacional) | **X** | | |
| 6 | Certificado de medidas correctivas RNMC (Policía nacional) | **X** | | |
| 7 | Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría Gral. de la Nación (No mayor a 3 meses) | **X** | | |
| 8 | Certificado de antecedentes sexuales (Inhabilidad por delitos sexuales) (No mayor a 3 meses) | **X** | | |
| 9 | Certificado de antecedentes fiscales de la Contraloría General de la República. (No mayor a 3 meses) | **X** | | |
| 10 | Registro de deudores morosos REDAM. (No mayor a 3 meses) | **X** | | |
| 11 | Certificado de antecedentes de la profesión, en caso de que aplique. (No mayor a 3 meses) | **(x) Si aplica** | | |
| 12 | Examen médico ocupacional (No mayor a 3 años) | **X** | | |
| 13 | Certificado de antecedentes Profesionales si aplica (No mayor a 3 meses) | **(x) Si aplica** | | |
| 14 | Soportes estudios (Diploma y acta de grado) | **X** | | |
| 15 | Soportes experiencia (certificación de experiencia o copia de contratos) | **X** | | |
| 16 | Tarjeta profesional (Si aplica) | **(x) Si aplica** | | |
| 17 | Registro Único Talento Humano en Salud RETHUS (Personal de Salud) | **X** | | |
| 18 | Cursos según resolución 3100 de 2019: RCP básico (Auxiliar de Enfermería y Médicos), RCP Avanzado (Medico y enfermera) Primeros auxilios (Conductor TAB), Atención a víctimas de Violencia sexual (Personal de Salud), Atención a víctimas de ataques con agentes químicos (Equipo TAB) (Personal de Salud), humanización y seguridad del paciente ((Personal de Salud) y otros según aplica por perfil. | **X** | | |
| 19 | Carne de vacunas: Covid-19 mínimo 5 dosis, tétano difteria, Hepatitis B esquema completo, Fiebre amarilla, Influenza, sarampión y rubeola o triple viral. (Personal de Salud) | **X** | | |
| 20 | Certificado o constancia de afiliación a salud y pensión (en su defecto, aportar planilla del mes anterior) | **X** | | |

SAN MIGUEL TUTA
Cuidamos la Salud de tu Familia
E.S.E. SAN MIGUEL TUTA
Comprometidos con Proteger tu Salud

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21 | RUT | X | | |
| 22 | Cuenta bancaria | X | | |
| 23 | Libreta militar Hombres < de 50 años | | | |
| 24 | Licencia de conducción (cuando aplique) | | | X |
| 25 | Otros | | | |

| | |
|---|---|
| Quien Elaboró: | YESIKA ALEJANDRA GUTIERREZ JIMENEZ |
| Quien Valida: | |

SAN MIGUEL TUTA
Cuidamos la Salud de tu Familia
E.S.E. SAN MIGUEL TUTA
Comprometidos con Proteger tu Salud