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:

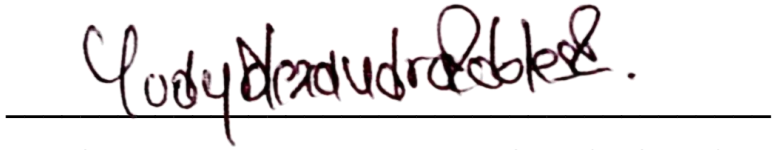
| **ACTIVIDADES AUXILIARES DE ENFERMERÍA** |
|---|
| 1. Generar y entregar cronograma mensual de actividades por EBS según formato dispuesto por el MSPS que dé cuenta de todas las acciones y actividades realizadas por los EBS durante cada periodo contratado. |
| 2. Garantizar el acompañamiento a cada 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.

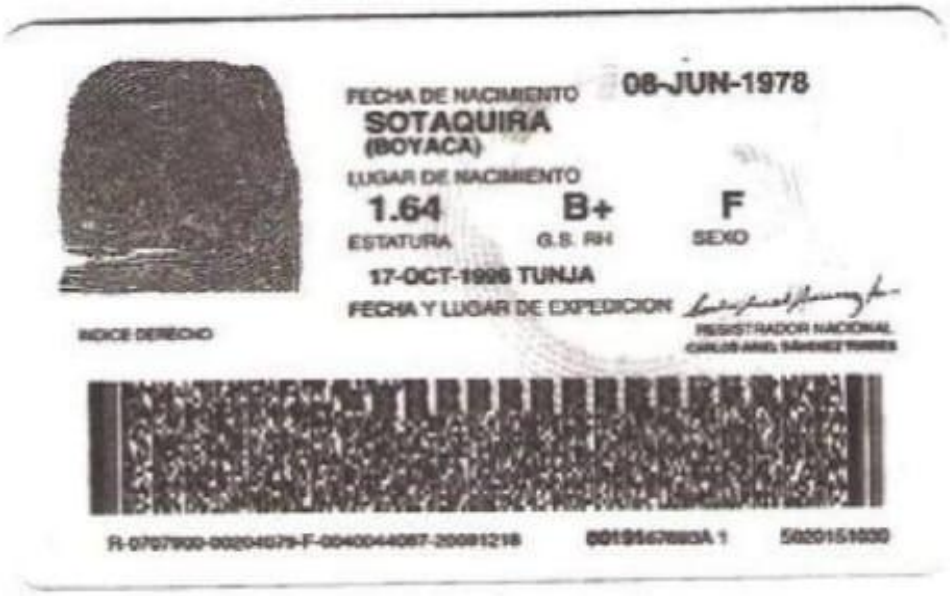
**Forma de pago:** Pago mensual de $ 3.450.000 pesos m/te.

Cordialmente,



**NOMBRE: YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES**
**C.C. No. 40044087 de TUNJA**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 40.044.087
ROBLES ROBLES
YUDY ALEXANDRA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1978
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
17-OCT-1996 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

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* |
|---|---|---|
| ROBLES | ROBLES | YUDY ALEXANDRA |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **40.044.087** — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: _____

*LIBRETA MILITAR*

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA PAÍS DÍA 0 8 MES 0 6 AÑO 1 9 7 8

DEPTO BOYACA

MUNICIPIO SOTAQUIRA

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

_____

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOYACA

MUNICIPIO TUTA

TELÉFONO 3102137463 EMAIL Yuyurobles0608@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 ACADEMICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 0 9 AÑO 1 9 9 6 |

***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 | 1800 HORAS | X | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 12 | 2014 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

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* |
|---|---|---|---|
| CLINICA CANCEROLOGICA DE BOYACA | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| BOYACA | TUNJA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA 05 MES 07 AÑO 2022 | DÍA 13 MES 04 AÑO 2025 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| GRUPO EMPRESARIAL G&R SAS | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| BOYACA | TUNJA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA 17 MES 01 AÑO 2018 | DÍA 31 MES 01 AÑO 2020 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | ESE SANTIAGO DE TUNJA | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA | X | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| BOYACA | TUNJA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA 10 MES 01 AÑO 2016 | DÍA 31 MES 12 AÑO 2017 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

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

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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* |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | 9 | 2 |
| | | |
| | | |
| | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) 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).



*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.

*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, YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 40.044.087 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | COLOMBIA | Departamento | BOYACA | Municipio | TUNJA |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección | CALLE 29 13 - 61 | | | Teléfonos | 3102137463 |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| KAREN ADRIANA VEGA ROBLES | 1,052,837,681 | HIJA |
| ANDRES CAMILO ESCOBAR ROBLES | 1,052,404,437 | HIJO |
| JAIRO ALEJANDRO VEGA ROBLES | 1,007,381,481 | 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 X** **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 | 1,500,000 |
| **TOTAL** | $ 1,500,000 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BANCO CAJA SOCIAL | AHORRO | 24124881163 | TUNJA | $ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

**EMPLEADOR O CONTRATANTE**

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 06:52:23 PM horas del 25/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **40044087**

Apellidos y Nombres: **ROBLES ROBLES YUDY ALEXANDRA**

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

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

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

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

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

Volver al Inicio

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 25/01/2026 06:56:21 p. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **40044087**

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. **133424394** . 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.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 289848691

PIB
19:04:31


Bogotá DC, 25 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40044087:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 19:23:18 horas del 25/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40044087,**
Apellidos y Nombres **ROBLES ROBLES YUDY ALEXANDRA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E. Puesto de Salud San Miguel de Tuta** , con NIT **820003641-1** 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.

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 25 de enero de 2026, a las 19:25:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 40044087 |
| Código de Verificación | 40044087260125192541 |

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 40044087 **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 25/01/2026 07:21 PM

Código Verificación: **Q3XCHERASJ**

Válida hasta: **26/04/2026**

---

### Dirección de Gobierno Digital

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

armonysa

## DRA ARIADNA ROCIO BARBOSA MEDINA

NIT: 1015450096

**CONTACTOS**
3018339393
armonysa.contacto@gmail.com
Carrera 5 No 7 - 21
Tuta (Boyacá)

## CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES | | | **GÉNERO:** Femenino |
| **TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC | **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 40044087 | **FECHA NACIMIENTO:** 08/06/1978 | **EDAD:** 47 año(s) 7 mes(es) 20 día(s) |
| **EMPRESA CONTRATANTE:** ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA | | | **TIPO EXAMEN:** Ingreso |
| **CARGO DESEMPEÑAR:** AUXILIAR DE ENFERMERIA | **JORNADA TRABAJO:** Diurno | | **FECHA:** 28/01/2026 |

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| 1. RECOMENDACIONES GENERALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Ninguna |
| | 1.1. Remisión a EPS | X | 1.3. Completar esquema vacunación | | 1.5. Suspender tabaquismo | X | 1.7. Control de peso y nutrición |
| | 1.2. Continuar manejo médico | X | 1.4. Inicio o continuar actividad física | | 1.6. Reducir consumo de alcohol | X | 1.8. Otras |

| 2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Ninguna |
| | 2.1. Calificación de origen | | 2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica | X | 2.7. Pausas activas | X | 2.9. Uso diario de bloqueador solar |
| | 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 | 2.10. Otros |
| | 2.3. Seguimiento por ARL | X | 2.6. Pautas ergonómicas | | | | |

| 3. RESTRICCIONES | | | | | | X | No Aplica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts | | 3.4. Trabajos en temperaturas bajas | | 3.7. Trabajo en espacios confinados | | 3.10. Cargas |
| | 3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts | | 3.5. Trabajo en temperaturas altas | | 3.8. Para conducción de vehículos | | 3.11. Manipulación de productos químicos peligrosos |
| | 3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos | | 3.6. Trabajos con riesgo eléctrico | | 3.9. Manipulación de alimentos | | 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 |
| | Concepto Sin Restricciones para Manipulación de productos químicos peligrosos | | 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 | | Test psicológico de alturas | | Frotis Faríngeo | |
| X | Examen Físico con Énfasis Osteomuscular | | Rx Columna Lumbo Sacra | | Bilirrubinas | | Serología | | KOH Uñas | |
| | Audiometría | | Cuadro Hemático | | Perfil Renal | | Transaminasas | | Coprológico | |
| | Optometría | | Glicemia | | Frotis Sangre Periférica | | Tamizaje Drogas | | Test psicosensométrico | |
| | Espirometría | | Electrocardiograma | | Hemoclasificación | | Alcohol | | Test psicométrico | |
| | Visiometría | | Parcial de Orina | | Test psicológico de espacios confinados | | Colinesterasa | | Otro | |

| 6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES |
|---|
| SE RECOMIENDA MANTENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y LA PRÁCTICA REGULAR DE ACTIVIDAD FÍSICA, ASÍ COMO CUIDAR LA POSTURA Y LA ERGONOMÍA PARA PREVENIR FATIGA MUSCULAR Y TRASTORNOS OSTEO-MUSCULARES. SE RECOMIENDA EL USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN DE NIVEL MEDIO COMO MEDIDA PREVENTIVA |

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:**

ARIADNA ROCIO BARBOSA MEDINA
Medicina especializada, Medicina del trabajo
Registro Profesional: 1015450096
LSO: 0548

**PACIENTE:**

YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES





Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA
Recuérdese este Título para todos los efectos legales
Resolución No. 0464
Ciudad FEB 2015
Firma
Secretario

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y en su nombre el

# INSTITUTO TÉCNICO DE BOYACÁ

Licencia de Funcionamiento No 776/10 de Septiembre de 2010. Resolución de Aprobación del Programa en Auxiliar en Enfermería 777/10 de Septiembre de 2010

Y en su Representación el Director y los Profesores en Atención a que:

## ROBLES ROBLES YUDY ALEXANDRA

c.c. No. 40.044.087 de Tunja

Ha completado los requisitos exigidos para optar el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias en Técnico Laboral en:

## AUXILIAR EN ENFERMERIA

Con una intensidad de 1.800 horas teórico-prácticas.

En nombre de la República de Colombia, y por autorización de la Secretaría de Educación de Duitama, le expide el presente Certificado que acredita su idoneidad. En testimonio de lo anterior se firma y rubrica con el Sello Mayor de la Institución.

Dado en Duitama, a los 13 días del mes de Diciembre del 2014

Director

Directora Académica

Registrado en el Libro: 03 Folio: 92

Email: itb_boyaca@hotmail.com

| | | |
|---|---|---|
| | **INSTITUTO TÉCNICO DE BOYACÁ** | |
| | SISTEMA DE GESTIÒN DE CALIDAD | |
| | CODIGO: ITB-GC-F005 | NIT. 13479011-5 |

**ACTA INDIVIDUAL DE GRADO**

En la ciudad de Duitama, Departamento de Boyacá, República de Colombia, el día 13 de Diciembre de 2014, se reunieron el Director, la Coordinadora Académica y Cuerpo de Docentes, con el objeto de llevar a cabo el acto de grado de la egresada **ROBLES ROBLES YUDY ALEXANDRA,** identificada con la Cedula de Ciudadanía No 40.044.087 de Tunja, Quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos, en virtud de lo expuesto:

**RESUELVE**

Otorgarle El certificado de aptitud ocupacional por competencias en Técnico Laboral en **AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** al egresado (a) anteriormente mencionado, previo juramento que se toma por la institución; acto seguido se procede a hacer entrega del certificado y de la presente acta de grado.

Es fiel copia tomada de su original

Para constancia se expide y firma en la ciudad de Duitama a los 13 días del mes de Diciembre de 2014.

**WILLIAM ESCARRIA PEÑA**
**Director**

| | | |
|---|---|---|
| GOBERNACIÓN DE BOYACÁ | FORMATO | VERSIÓN: 0<br>CÓDIGO: SS-P12-F01 |
| RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN | | FECHA: 01/07/2009 |

**RESOLUCIÓN NUMERO** 0464 **DE** 17 FEB 2015

**Por la cual se Registra un Certificado**
**EL SECRETARIO DE SALUD DE BOYACA**
**en ejercicio de la delegación conferida por la resolución No 08211 del 15 de junio de 1989 emanada del Ministerio de Salud, y ;**

**CONSIDERANDO:**

Que YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 40044087 expedida en Tunja, ha solicitado el registro de su certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA que le otorgó la (el) INSTITUTO TECNICO DE BOYACA de la ciudad de DUITAMA el dia 13/12/2014.

Que dicho título se encuentra registrado en la (el) INSTITUTO TECNICO DE BOYACA , Libro de Registro N°03 , Folio N°92 , Registro No XXX , Diploma N°XXX .

**RESUELVE**

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA a YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES con Cédula de Ciudadanía número 40044087 expedida en Tunja para ejercer dicha ocupación en el Territorio Nacional y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Boyacá.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al departamento de Boyacá el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la Ley.

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

**NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:**

Dada en Tunja a los, 17 FEB 2015

**GUILLERMO ORJUELA ROBAYO**
**Secretario**

Diseño: Erika G. Rosas S.
Elaboro: Rosa Maria Mesa.

| | |
|---|---|
| No. contrato. | **COMPLEMENTO CONTRATO ELECTRONICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 053-2026** |
| Contratante: | **E.S.E. PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL.**<br>**NIT. 820.003.641-1** |
| Contratista: | **YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES**<br>**C.C. No. 40044087 de TUNJA** |
| 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: | **29 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, **YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES,** identificada con cédula de ciudadanía **No. 40044087 de TUNJA**, quien para los efectos del presente contrato se denominará el **CONTRATISTA**, y declara que tiene capacidad para celebrar este contrato, que no incurre en causal de 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, el cual 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. 202601060 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 |

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 la Vereda Regencia Tuta, Teléfono: 3102137463, correo electrónico: |

| | |
|---|---|
| | yuyurobles0608@gmail.com |
| 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. 053-2026 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

CENTRO DE CANCEROLOGÍA DE BOYACÁ

Nit 820.003.277-2

# CLÍNICA CANCEROLÓGICA DE BOYACÁ

"Opción de Vida"

**EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA**

**CERTIFICA QUE:**

El (la) señor(a) **YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES** identificado(a) con cedula de ciudadanía No.**40044087**, laboró en esta empresa desde el (05) de julio de 2022 hasta el (13) de abril de 2025, desempeñándose en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con un contrato de trabajo a término FIJO.

Para constancia se firma en Tunja, a los (14) días del mes de abril de 2025.

Si requiere verificar esta información, comuníquese con el área de Gestión Humana *al tel:* 314 438 6110, en Tunja

Cordialmente,

**AURA MARIA VELASQUEZ MARTINEZ**
**Directora Business Partner Recursos Humanos Hub Centro**

SAN MIGUEL TUTA

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE BOYACA
MUNICIPIO DE TUTA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL
Nit. 820.003.841-1

**LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA**

**CERTIFICA**

Que la señora **YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES**, identificada con la cédula de ciudadanía número 40.044.087 de Tunja, laboró en LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA, como auxiliar de enfermería, desde el 10 de enero de 2016 hasta el día 31 de diciembre de 2017.

Realizando las siguientes funciones:

1. Realizar las actividades de enfermería establecidas para los programas de la Empresa teniendo en cuenta las normas, protocolos y comportamientos éticos.
2. Brindar una amable, adecuada, oportuna y eficiente atención al usuario y al público en general y suministrar información, documentos o elementos que sean solicitados, de conformidad con los trámites, autorizaciones y procedimientos establecidos.
3. Aplicar adecuadamente los principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.
4. Suministrar al médico la información básica de los pacientes de consultas prioritarias y urgencias.
5. Aplicar los procedimientos básicos de enfermería esenciales requeridos para cada usuario de acuerdo a órdenes médicas y de enfermería.
6. Asistir a los médicos en la ejecución de los procedimientos clínicos que le sean asignados.
7. Asistir a la enfermera en la ejecución de los procedimientos clínicos que le sean asignados.
8. Asistir a los odontólogos en la ejecución de los procedimientos clínicos que le sean asignados. Hacer uso del uniforme y los elementos de protección personal.
9. Recolectar las muestras para exámenes de laboratorio de baja complejidad según órdenes médicas y asignación de la enfermera y diligenciar el respectivo registro a cada paciente.
10. Mantener la técnica aséptica en todos los procedimientos de enfermería que le sean encomendados.
11. Diligenciar los registros clínicos de enfermería pertinentes y oportunos, de acuerdo a las condiciones generales de los usuarios.
12. Prestar servicios básicos de salud a los usuarios.

13. Registrar clara, veraz, y detalladamente todos los procedimientos de enfermería aplicados a los pacientes asignados, el control de los signos vitales (c.s.v.), notas de enfermería, y administración de medicamentos, entre otros.
14. Informar oportunamente a la enfermera acerca de las situaciones de emergencias y riesgo de los usuarios, familia, comunidad o medio ambiente.
15. Verificar que los controles asociados con todas y cada una de las actividades de su competencia, estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente.
16. Participar en los análisis de casos de salud que lo requiera y los comités de los cuales haga parte o su presencia sea necesaria.
17. Realizar las jornadas de vacunación pertinentes, de acuerdo al calendario establecido en la ESE.
18. Acompañar y asistir en las actividades extramurales programadas semanalmente (brigadas) y que requieran de su concurso.
19. Cumplir con las normas de comportamiento de cada servicio.
20. Participar y apoyar las actividades dirigidas al mejoramiento de la calidad de la atención ofrecida al usuario.
21. Manipular, tratar y administrar adecuadamente las vacunas y demás medicamentos a su cargo, necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
22. Elaborar eficaz y responsablemente el material para procedimientos siguiendo las normas, protocolos, indicaciones y lineamientos establecidos.
23. Presentar puntualmente los informes periódicos correspondientes acerca del desarrollo de las actividades a su cargo.
24. Revisar periódicamente y los medicamentos del carro de poro y los medicamentos albergados en las ambulancias.
25. Mantener y alimentar oportunamente las bases de datos de pacientes crónicos, maternas, quinquenios y las demás establecidas.
26. Realizar oportunamente el lavado y esterilización de los elementos, materiales y equipos a su cargo así como la limpieza y desinfección de las áreas físicas de trabajo.
27. Velar por la consecución oportuna de los recursos necesarios para el desarrollo de sus funciones y por la racional utilización de los mismos y demás bienes a su cargo.
28. Velar porque la información de los procedimientos realizados en el servicio esté disponible oportunamente.
29. Reportar al Jefe inmediato, los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten durante el desempeño del cargo.
30. Llevar un inventario de los materiales, elementos y equipos a su cargo y responder por la conservación y entrega de los mismos.
31. Informar oportunamente a su jefe inmediato acerca de los elementos, materiales y equipos que no estén prestando un adecuado servicio.
32. Asistir a los programas de capacitación convocados para crecimiento laboral y personal.
33. Generar un adecuado ambiente de trabajo, manteniendo buenas relaciones interpersonales tanto con usuarios y pacientes como con compañeros de labor, fomentando el trabajo en equipo.

34. Realizar recomendaciones al Superior sobre políticas y procedimientos que en el área de su desempeño se deban desarrollar e implementar para garantizar la mejor calidad en la prestación de los servicios a los usuarios.
35. Colaborar con la información necesaria en los procesos y procedimientos administrativos cuando se requiera.
36. Desarrollar e implementar en sus actividades la cultura del autocontrol y del mejoramiento continuo.
37. Las demás funciones asignadas relacionadas con su proceso.

Se expide la presente, a solicitud del interesado en Tuta a los quince (15) días del mes de enero de dos mil dieciocho (2018).

**MARÍA EUGENIA MONTEJO PAEZ**
C. de C. No. 40´041.650 de Tunja
**GERENTE**

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) YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES identificado(a) con CC 40044087 registra La siguiente información:

2026-01-25→7:54:59 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2015-02-17 | 464 | GOBERNACION DE BOYACA |

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).

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

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

# *Hace Constar que:*

# *Yudy Alexandra Robles Robles*

## *CC 40044087 de Tunja*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2024-12-21
Fecha de vencimiento: 2026-12-21

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Yudy Alexandra Robles Robles*

## *CC 40044087 de Tunja*

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-20
Fecha de vencimiento: 2027-06-20

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Yudy Alexandra Robles Robles*

*CC 40044087 de Tunja - Boyacá*

Realizó y aprobó el Curso Seguridad Clínica del Paciente y Calidad Asistencial con un total de 100 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2026-01-26
Fecha de vencimiento: 2028-01-26

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Yudy Alexandra Robles Robles*

*CC 40044087 de Tunja - Boyacá*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-28
Fecha de vencimiento: 2028-01-28

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 45999575-e278-4c5e-bdb0-d81bce61ea48

Nombres y apellidos / Full name: **YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES**

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

Número de identificación / ID Number: **4 0 0 4 4 0 8 7**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **08/06/1978**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3102137463**

Correo electrónico / e-mail: **yuyurobles0608@gtmail.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 | | | | |
| Hepatitis B Adultos | Primera | 16 | 3 | 2013 | | AHBVC245A | NATHALIA ISABEL RODRIGUEZ | DIANA DOMINGUEZ |
| TD Adulto | Primera | 16 | 3 | 2013 | | TLO46 | TUTA ESE PUESTO DE SALUD SAN M | DIANA DOMINGUEZ |
| Hepatitis B Adultos | Segunda | 20 | 4 | 2013 | | 034120012 | NATALIA ISABEL DOMINGUEZ | DIANA DOMINGUEZ |
| TD Adulto | Segunda | 20 | 4 | 2013 | | TL47 | TUTA ESE PUESTO DE SALUD SAN M | DIANA DOMINGUEZ |
| Hepatitis B Adultos | Tercera | 25 | 5 | 2013 | | 035L2001 | NATALIA ISABEL DOMINGUEZ | DIANA DOMINGUEZ |
| TD Adulto | Tercera | 25 | 5 | 2013 | | TL048 | TUTA ESE PUESTO DE SALUD SAN M | DIANA DOMINGUEZ |
| Fiebre Amarilla | Única | 12 | 11 | 2016 | | m5330 | TUTA ESE PUESTO DE SALUD SAN M | milena cano |
| TD Adulto | Cuarta | 31 | 1 | 2020 | | 2338X004AE | TUNJA CORPORACION IPS NIEVES 2 | NELCY BIBIANA GONZALEZ |
| TD Adulto | Quinta | 28 | 1 | 2021 | | 2338L024F | TUNJA ESE SANTIAGO CENTRO 1 I | Eulalia Arias Sanchez |
| COVID PFIZER | Primera | 20 | 2 | 2021 | | EN1194 | TUNJA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL | arabella linares junco |
| COVID PFIZER | Segunda | 13 | 3 | 2021 | | EN1195 | TUNJA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL | SANDRA AYALA |
| COVID ASTRAZENECA | Primer Refuerzo | 4 | 1 | 2022 | Oxford-AstraZeneca | NN0224 | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL BOYACA | ANA CAROLINA MORENO PARRA |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 5 | 6 | 2022 | Green Cross | V50222004 | TUTA ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL | DORIS CECILIA CANO SANCHEZ |
| COVID PFIZER | Segundo Refuerzo | 23 | 1 | 2023 | PFIZER | PCA0076 | ALIANZA COMPENSAR CLINICOS SAS IPS | LISBET JULIANA TORRES MATEUS |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraidos 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: 45599575-e278-4c5e-bdb0-d81bce61ea48

Nombres y apellidos / Full name: **YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES**

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

Número de identificación / ID Number: **4 0 0 4 4 0 8 7**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **08/06/1978**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3102137463**

Correo electrónico / e-mail: **yuyurobles0608@gtmail.com**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaccine | Doses | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratory | Vaccine Batch | Administering Center | Full name Vaccinator |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 30 | 7 | 2023 | BUTANTAN | 230050 | TUTA ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL | DORIS CECILIA CANO SANCHEZ |
| Influenza Adultos Particular | Anual | 30 | 1 | 2025 | | H25 | TUNJA PROFAMILIA | ADIELA ESPERANZA SAAVEDRA PARRA - CC40047419 - Activo |
| Sarampión Rubéola | Adicional | 25 | 7 | 2025 | Serum | 0094W002 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE COMBITA | MARIA DEL CARMEN RUIZ GARCIA - CC40040139 - 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.

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40044087,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de enero de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

**CERTIFICA**

Que Yudy Alexandra Robles Robles, identificado(a) con CC número 40044087, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 40044087 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Yudy Alexandra Robles Robles |
| TIPO DE AFILIADO | Beneficiario |
| PARENTESCO | Padres |
| FECHA DE NACIMIENTO | 08/06/1978 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 14/07/2025 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 29/12/2025 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

Generado por interfaces 25/01/2026

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141187258963

(415)7707212489984(8020) 000014118725896 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 4 0 0 4 4 0 8 7 | 5 | Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 4 0 0 4 4 0 8 7 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Tunja 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ROBLES | ROBLES | YUDY | ALEXANDRA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Tunja 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 29 13 61 BRR VEINTE DE JULIO

42. Correo electrónico: yuyurobles0608@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 4 7 1 9 | 2 0 0 4 0 3 1 2 | 9 6 0 9 | 2 0 2 5 0 6 0 2 | 8 6 9 9 | | | | 1 |

### 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 | 4 | 2 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

42- Obligado a llevar contabilidad

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| 54. Código | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ROBLES ROBLES YUDY ALEXANDRA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141187258963

(415)7707212489984(8020) 000014118725896 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 4 0 0 4 4 0 8 7 | 5 | Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0 | |

**Características y formas de las organizaciones**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | |

**Constitución, Registro y Última Reforma**

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 9 | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 2 5 0 4 3 0 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 2 3 2 1 2 4 | |
| 78. Departamento | 1 5 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 3 8 | |

Vigencia

| | | |
|---|---|---|
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

**Composición del Capital**

| | | |
|---|---|---|
| 82. Nacional | | % |
| 83. Nacional público | | % |
| 84. Nacional privado | | % |
| 85. Extranjero | | % |
| 86. Extranjero público | | % |
| 87. Extranjero privado | | % |

**Entidad de vigilancia y control**

88. Entidad de vigilancia y control

**Estado y Beneficio**

| Ítem | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 4 9 | 2 0 2 5 0 4 3 0 | | - |
| 2 | 8 1 | 2 0 2 5 0 4 3 0 | | - |
| 3 | | Año Mes Día | | - |
| 4 | | Año Mes Día | | - |
| 5 | | Año Mes Día | | - |

**Vinculación económica**

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141187258963

(415)7707212489984(8020) 000014118725896 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 4 0 0 4 4 0 8 7 | 5 | Impuestos y Aduanas de Tunja | 2 0 |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por menor en establecimientos no especializados, con surtido co 4 7 1 9 |

162. Nombre del establecimiento: EL MERCADO DEL ASEO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Boyacá 1 5 | Duitama 2 3 8 |

165. Dirección: CL 20 17 115

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 3 9 8 6 6 | 2 0 0 4 0 3 1 2 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 8 7 6 0 3 5 7 1 | 2 0 1 5 0 7 1 2 |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por menor en establecimientos no especializados con surtido co 4 7 1 1 |

162. Nombre del establecimiento: MI MINI TIENDA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Boyacá 1 5 | Tunja 0 0 1 |

165. Dirección: DG 69 A 1 A 63 BRR SUAMOX

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 7 5 7 3 6 | 2 0 1 9 1 0 2 1 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 0 2 1 3 7 4 6 3 | 2 0 2 5 0 4 2 3 |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por menor en establecimientos no especializados, con surtido c 4 7 1 9 |

162. Nombre del establecimiento: MILAGROS Y AMOR

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Boyacá 1 5 | Tunja 0 0 1 |

165. Dirección: DG 67 0 24 - LOS MUISCAS

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 2 3 2 1 2 5 | 2 0 2 5 0 4 3 0 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 0 2 1 3 7 4 6 3 | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**LETICIA,** **29/07/2025**
**AMAZONAS,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora YUDY ALEXANDRA ROBLES ROBLES** con **Cédula de Ciudadanía** número **40044087**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550488413027068** |
| Fecha de apertura | **31/01/2020** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA