



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FICON		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GONZALES		NOMBRES CLARA BRIYTH	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 26664025			GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐			NÚMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 16 MES 06 AÑO 1984 PAÍS COLOMBIA DEPTO CESAR MUNICIPIO RÍO DE ORO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA AVENIDA CALLE 500 500 1 PAÍS COLOMBIA DEPTO CESAR MUNICIPIO RÍO DE ORO TELÉFONO 3103132414 EMAIL clapi16@hotmail.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		BÁSICA SECUNDARIA
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	12	2011	
PREGRADO	10	X		BACTERIOLOGIA MICROBIOLOGIA ENFASIS EN SECTOR INDUSTRIAL	07	2011	26664029

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

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

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	13	Mes	06	Año	2023	Día	12	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA			DEPENDENCIA AREA LABORATORIO					DIRECCIÓN CALLE 40 45 46				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	23	Mes	02	Año	2023	Día	22	Mes	05
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO 08			DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CALLE 40 45 46				

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACIÓN DE ATLÁNTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	26	Mes	08	Año	2022	Día	15	Mes	01	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL		DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN CALLE 40 45 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	15	Mes	01	Año	2022	Día	14	Mes	08	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO		DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN 40 - 45 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	20	Mes	05	Año	2021	Día	14	Mes	01	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL		DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN 40 - 45 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	13	Mes	04	Año	2021	Día	12	Mes	05	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN 40 - 45 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD LABORATORIO CLINICO MICROBIOLOGICO Y UNIDAD TRANSFUSIONAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS SIN DATO					
DEPARTAMENTO SIN DATO		MUNICIPIO SIN DATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	04	Año	2011	Día	02	Mes	02	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN Sin dirección					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 180 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	11
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Rio de Oro-Cesar. 09/01/2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

República de Colombia



La Universidad Libre

Arquería Jurídica No. 152 de 1916

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Clara Brighith Picón González

C.C. No. 26.864.029

de Rio de Oro - Cesar.

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

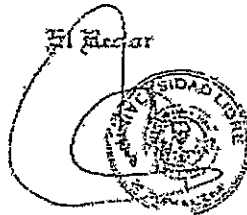
*Bacterióloga / Microbióloga
con énfasis en Sector Industrial*

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y cubre
con el sello mayor de la Institución.

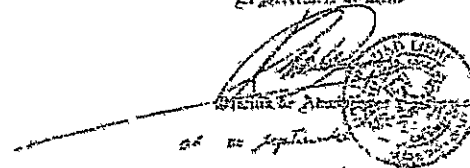
El Rector



El Rector



El Secretario General



En la ciudad de Esquivella.

19 de Julio del 2007.

Acta No. 1011 de 2007

CT 55337



UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

ORDENANZA 42 DE JUNIO 15 DE 1946 REGISTRO ICNES No. 1203

ACTA DE GRADO

ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD CÓDIGO SNIES: 55172

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 1042

En Barranquilla a los dos (2) días del mes de Diciembre de 2011 se realizó la graduación, en ceremonia Solemne, por medio de la cual se otorgó el título de **ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD** a:

CLARA BRIYITH PICON GONZALES

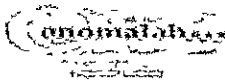
Identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 26.864.029 expedida en Río de Oro (Cesar), por haber cumplido satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, título que aparece registrado en el Libro N° 1 Folio N° 30 Registro N° 1095 de fecha 2 de diciembre de 2011.

Para constancia de lo expuesto firman la presente acta el Jefe (E) del Departamento de Postgrados, Doctor **NEIL TORRES LOPEZ**, la Rectora de la Universidad del Atlántico, Doctora **ANA SOFIA MESA DE CUERVO** y el Secretario General de la Universidad del Atlántico, Doctor **ROBERTO HENRIQUEZ NORIEGA**.

JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS

RECTORÍA DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARÍA GENERAL



**LABORATORIO CLINICO MICROBIOLOGICO Y UNIDAD TRANSFUSIONAL
GENOMALAB S.A.S
NIT: 900.428.226-0**

**EL SUSCRITO GERENTE DEL LABORATORIO CLINICO MICROBIOLOGICO Y UNIDAD
TRANSFUSIONAL
GENOMALAB S.A.S**

CERTIFICA QUE:

CLARA BRIGITH PICON GONZALEZ con cedula de ciudadanía No 26.864.029 de Rio De Oro (Cesar)
Presta sus servicios como **BACTERIOLOGA** en nuestra institución desde Abril 01 de 2011 hasta la
fecha bajo Contrato de Prestación de Servicios Profesionales con tareas programadas.

En la actualidad no presenta ningún embargo reportado a la institución y ha demostrado en todo
momento Responsabilidad, Honestidad y Dedicación en las Labores que le son encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado para los fines que crea convenientes,
en la ciudad de Barranquilla a los 2 Febrero 2015.

**ERICKA DE LA ROSA PAEZ
GERENTE**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **26.864.029**
PICON GONZALES

APELLIDOS
CLARA BRIYITH

NOMBRES

Clara Picon

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1984**
RIO DE ORO
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

10-ENE-2003 RIO DE ORO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0300150-00455121-F-0026864029-20130814

0034347760A 1

1032488414



SECRETARÍA DE SALUD

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

INSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL



Nombre: CLARA PICON GONZALEZ
C.C. No. 25.854.029
Profesión: BACTERIOLOGA/MICROBIOLOGA
Inscripción No. 1089 RES. 50-8294-08-18-03-08
Barranquilla, 8 DE AGOSTO DE 2008

Resultado General: 2020-03-08 - 03:22:15 PM

Tipo Identificador	No. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	38884123	CLARA	BRITTA	PEREZ	GONZALEZ	Vigente	Ver

La información contenida en este PDF es el resultado del proceso de validación de los datos del registro nacional de la comunidad de Salud, se garantiza que el dato coincida CLARA BRITTA PEREZ GONZALEZ (Nombre(s) y no CC 38884123 no coincide la siguiente información).

2020-03-08 - 03:22:15 PM

Saludos de Bienvenida

Tipo Programa	Origen de la Información	Profesión u Ocupación	Fecha del Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Bacteriología	2020-03-16	8244	GOBERNACION DEL META

Información diligenciada por usuarios en proceso de validación de conformidad con la señalada 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 acrediten el cumplimiento de los requisitos que se encuentran 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 (RUTHS).

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14201985242



(4157707212489984(B020) 000001420198524 2

5. Número de identificación tributaria (NIT)

2 5 8 6 4 0 2 9

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

2 6 8 5 4 0 2 9

27. Fecha expedición

2 0 0 3 0 1 1 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

29. Departamento

1 6 9 Cesar

30. Ciudad/Municipio

Rio de Oro

6 1 4

31. Primer apellido

PICON

32. Segundo apellido

GONZALEZ

33. Primer nombre

CLARA

34. Otros nombres

BRIYTH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Atlántico

40. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección principal

CR 40 /3 18

42. Correo electrónico

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 3 7 7 9 0 2 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 7 0 9 0 3

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

40- No Responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

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

61. Fecha

2012 - 12 - 23

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 812.2.30 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

884 Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

885 Cargo Gestor II



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 Clara Briyith Picon Gonzales, identificado(a) con CC número 26864029, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 26864029
NOMBRES Y APELLIDOS	Clara Briyith Picon Gonzales
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	16/04/1984
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/11/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)	

CEDULA DE CIUDADANIA 26864029 CLARA BRIYITH PICON
GONZALES Desde 01/03/2024 - Vigente



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CLARA BRIYITH PICON GONZALES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **26.864.029**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENIA e ICBF
OC 20864029		PECÓN GONZALES CLARA BRITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 40 T3 16	BARANQUILLA-ATLANTICO	3583022	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2025-12	2025-12	2071274273	9497160567	1	2026/01/09	2071/01/09	HDSUI	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0		
Ciudad: BARANQUILLA excepto ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0		
1	CC	20864029	PECÓN CLARA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5005	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14/03	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26854929		PICON GONZALES CLARA BRITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 40 73 12	BARRANQUILLA-ATLANTICO	1501022	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	20217/4273	9497160587	1	2025/01/09	2026/01/09	Néqui	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	840,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
SANTITAS	LPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26064029		PIGON GONZALES CLARA BRITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 40 73 TE	BARRANQUILLA-ATLANTICO	338.8022	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	2071774273	949716C587	I	2026/01/09	2026/01/09	HEQUI	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Subtotal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: BARRANQUILLA Depto. ATLANTICO (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC 26064029	PIGON CLARA	230104	30	\$1,423,500	\$227,800	PRINCIPAL	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE:

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENIA a ICBF
CC 21884029		RICON GONZALES CLARA SMYTH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 40 / 18	BAHIA MQUILLA ATLANTICO	3503022	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	28717742/3	3197160387	I	2026/01/09	2026/01/09	HECLI	C	\$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500



ASGESST IPS NIT 901184823-2
Atencion en servicios de gestion en seguridad y salud en el trabajo.
Carrera 58 N 70 - 129 Edif. Chicago consultorio 103
Tel: 3313871 cel: 3016829236 - 3007292297
Correo: asgesst.recepcion@gmail.com

NOMBRE : PICON GONZALES , CLARA BRIYITH		Fecha de examen: 2025-11-19
EMPRESA: PARTICULAR		Identificación CC 26864029
CODIGO VERIFICACION, CON EL PUEDE VERIFICAR EN LA LINEA 3016829236 AG 2021/1870		
VERACIDAD DEL PRESENTE CERTIFICADO:		
Edad: 40a 16d	Sexo: f	Fecha nacimiento: 1984-04-16 Rh: A +

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

PROCESOS REALIZADOS AL ASPIRANTE

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

CERTIFICADO DE APTITUD

APTO PARA EL CARGO BACTERIOLOGO

CONCEPTO DE ACUERDO AL ENFASIS

OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES GENERALES

EJERCICIO RECREATIVO, CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO, UTILIZAR CORRECTAMENTE LOS EPI Y DE BIOSEGURIDAD REQUERIDOS

OBSERVACIONES

 Dr. Ramón Pardo Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo R.M.3033.L.S.0.372		
Médico S.O	Firma del paciente	



El servicio público
es de todos

Función
Pública

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

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CLARA	BRIYITH	PICON	GONZALES

Documento de identificación			
C.C.	☒	C.E.	☐
T.I.	☐	NIT.	☐
Número	26864029		

Lugar de Nacimiento			
País	COLOMBIA	Departamento	CESAR
			RIO DE ORO

Lugar de domicilio			
País	COLOMBIA	Departamento	CESAR
		Municipio	RIO DE ORO

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

Cargo o función que cumple

BACTERIÓLOGA

Lugar de sede			
País	COLOMBIA	Departamento	CESAR
		Municipio	RIO DE ORO
Dirección	AVENIDA ARAUJO COTE KDX 500		

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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	-
Arrendos	-
Honorarios	-
Otros ingresos y rentas	34.800.000
TOTAL	-

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
AHORROS	BANCOLOMBIA	\$ 10.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR

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

CONCEPTO	SALDO

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente SI ☐ NO ☒

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el ítem d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Hijo(a)	Luciana		Pacheco	Picon	1.048.081.018
Hijo(a)	Gianni	Santiago	Pacheco	Picon	1.046.736.886

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO	CALIDAD	VALOR	PAÍS

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS
-------------------	-------	------

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:

- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 09 de enero de 2026, a las 11:49:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	26864029
Código de Verificación	26864029260109114917

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



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 288180815



PIB

11:55:02

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 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) CLARA BRIYITH PICON GONZALES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 26864029:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

[INICIO](#) [CONTACTENOS](#) [PREGUNTAS FRECUENTES](#)

Consulte en línea los Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:58:17 AM horas del 25/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 26364025

Apellidos y Nombres: **PICÓN GONZALES CLARA BRITH**

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-438 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 registren 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 esto 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 comuníquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.

[Volver al inicio](#)



Dirección General de Identificación y Registro de la PNP
Avenida Nacional, Unidad 1000, 120 km, 4300 km
Calle del Comercio Nacional 1000, Bogotá
Teléfono: 01800010100
Email: general@policia.gov.co



Ministerio de Justicia y del Poder Judicial de la Nación



Policía Nacional de Colombia



Unidad de Atención y Reparación a las Víctimas



Fiscalía General de la Nación

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

La Policía Nacional de Colombia Informa:

Que siendo las 12:03:30 horas del 09/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **26864029**,
Apellidos y Nombres **PICON GONZALES CLARA BRIYITH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital local rio de oro**, con NIT **824000449-2** 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>



**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 26854029 **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 09/01/2026 12:16 PM



Código Verificación: W56BDJMXCG

Válida hasta: 09/04/2026

Dirección de Gobierno Digital

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



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, 09/01/2026 12:34:40 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **26864029** y Nombre: **CLARA BRIYITH PICON GONZALES**.

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. **132181479** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

515.9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 58 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Rio de Oro, 08 de enero de 2026

Doctor:

CARLOS ROBERTO QUIÑONES HERRERA

Gerente - E.S.E. Hospital Local de Rio de Oro - Cesar

Municipio de Rio De Oro

Ciudad

ASUNTO: Manifestación de no estar incurso en causales de inhabilidades e incompatibilidades para la celebración de CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS con la E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE RIO DE ORO – CESAR.

CLARABRIYITH PICON GONZALES, persona que está suscribiendo la propuesta, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, por medio del presente me permito presentar propuesta para el contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión manifiesto, que no me encuentro incurso (a), en causales de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones establecidas por la Constitución o la Ley, para suscribir contratos con la E.S.E. Hospital Local de Rio de Oro – Cesar, entre otros declaro:

1. Que SI ☐ NO ☒ he sido condenado en cualquier tiempo, por la comisión de delitos que afecten el patrimonio del Estado, ni relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos armados ilegales, de lesa humanidad o de narcotráfico en Colombia o en el exterior (Art. 122 C.P.).
2. Que como servidor público SI ☐ NO ☒ he dado lugar con una conducta dolosa o gravemente culposa, calificada así por sentencia ejecutoriada, a que el Estado sea condenado a una reparación patrimonial. En caso positivo, SI NO asumí con mi patrimonio el daño (Art. 122 C.P.)
3. Que SI ☐ NO ☒ he sido sancionado disciplinariamente con destitución (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).
4. Que en sentencia judicial SI ☐ NO ☒ he sido condenado a la interdicción de derechos y funciones públicas (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).
5. Que SI ☐ NO ☒ he sido declarado responsable judicialmente por soborno transnacional. En caso positivo, ¿Cuál? _____ (Art. 8, Núm. 1°, lit. j), ley 80 de 1.993, modificado ley 1474 de 2.011 art. 1).
6. ¿En algún momento le han declarado la caducidad de un contrato? SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? _____ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. c), ley 80 de 1.993.
7. ¿Se ha abstenido de suscribir contrato estatal adjudicado, sin existir justa causa? SI ☐ NO ☒ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. e), ley 80 de 1.993).
8. ¿Es usted servidor público? SI ☐ NO ☒ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. 9, ley 80 de 1.993).
9. ¿Es usted integrante de una Junta Administradora Local de Rio de Oro? SI ☐ NO ☒ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. f), ley 80 de 1.993).
10. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, padre, madre, algún hijo(a), hermano(a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), ha presentado propuesta para una licitación, Concurso de Méritos, Selección Abreviada o Mínima Cuantía? SI ☐ NO ☒ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. g), ley 80 de 1.993).
11. ¿Pertenece o perteneció a sociedad a la que se haya declarado la caducidad en un contrato? SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? _____ (Art. 8°, Num. 1°, lit. i), ley 80 de 1.993)
12. ¿Ha financiado en los últimos cuatro años, campañas políticas a la presidencia de la república, a la gobernación o a la alcaldía o alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, ¿padre o madre adoptante? SI ☐ NO ☒ ¿Quién? _____ ¿Cuál fue el monto del aporte? _____ (NO APLICA PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES) (Art. 8°, Núm. 1°, lit. k), ley 80 de 1.993 adicionado por Art. 2. Ley 1474 de 2.011).
13. Ha sido miembro del Concejo Municipal de Rio de Oro o servidor público? SI ☐ NO ☒ Indique el cargo _____ ¿Cuál fue la fecha de retiro? _____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. a), ley 80 de 1.993).

14. ¿Alguno de los siguientes: padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado(a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, es servidor público en cargos de nivel directivo, asesor del Municipio o miembro del Concejo Municipal de Río de Oro, ¿o es persona que ejerza control interno o fiscal, en el Municipio? SI___ NO_X___
¿Quién?_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. b), ley 80 de 1.993).
15. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, es servidor público en nivel directivo, asesor, o miembro del Concejo Municipal de Río de Oro o ejerce funciones de control interno o de control fiscal, en el Municipio? SI___ NO_X___
¿Quién?_____ Indique el cargo (Art. 8°, Núm. 2°, lit. c), ley 80 de 1.993).
16. ¿Es miembro del Concejo Municipal de Río de Oro?
SI___ NO_X___ ¿Cuál?_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. e), ley 80 de 1.993)
17. ¿Tiene algún parentesco con el alcalde Municipal de Río de Oro? SI___ NO_X___
¿Cuál?_____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).
18. ¿Tiene algún parentesco con un concejal de Río de Oro? SI___ NO_X___ ¿Cuál?_____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).
19. ¿Tiene algún parentesco con el Secretario (a) del Concejo Municipal de Río de Oro? SI___ NO_X___
¿Cuál?_____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).
20. ¿Tiene algún parentesco con el Contralor(a) departamental? SI___ NO_X___ ¿Cuál?_____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).
21. ¿Ha ejercido cargos en el nivel directivo en entidades del Estado? SI___ NO_X___
¿Cuál?_____ ¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI___ NO_X___ Indique fecha de retiro_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 1°).
22. ¿Alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo(a), cuñado(a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, tiene calidad de ex empleado público del nivel directivo de una entidad estatal? SI___ NO_X___ ¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI___ NO_X___ Indique fecha de retiro_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 2°).
23. ¿Ha sido objeto de imposición de cinco (5) o más multas durante la ejecución de uno o varios contratos, durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI___ NO_X___ ¿Cuántas?_____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. a)
24. ¿Ha sido objeto de declaratorias de incumplimiento contractual en por lo menos dos (2) contratos durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI___ NO_X___ ¿Cuántas?_____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. b).
25. ¿Ha sido objeto de imposición de dos (2) multas y un (1) incumplimiento durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI___ NO_X___ ¿Cuántas?_____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. c).
26. ¿Ha celebrado contrato estatal de obra pública, de concesión, suministro de medicamentos y de alimentos o su cónyuge, compañero(a) permanente, padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, con las entidades a que se refiere el artículo 2° de la Ley 80 de 1993, durante el plazo de ejecución y hasta la liquidación del contrato? SI___ NO_X___ ¿Cuál?_____ (APLICA PARA CELEBRAR CONTRATOS DE INTERVENTORIA). Ley 1474 de 2.011 Art. 5.

Declaro que he leído, entendido, comprendido y respondido las anteriores preguntas con toda precisión.
Cordialmente,


Clara Briyith Picón Gonzales
CC:26864029
RÍO DE ORO
3103132414
clapi16@hotmail.com

HEPATITIS B

Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
1	25-10-2021	11FX20008	[Signature]
2	06-12-2021	11FX20008	[Signature]
3			

VARICELA

Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
1			
2			

-Biotoscana

Biotoscana

Clara Pico González

TELÉFONO

ENT. VACUNADORA

iVacúnate!

CARNET DE VACUNACIÓN

Colombia

Esquema de Vacunación



07-00000000-0000-0000-0000-000000000000

ORDER AUTHORITY

Nombre y apellidos / Full name

CLARA BRIYITH PICON GONZALES

Número de identificación / ID Number

2 6 8 6 4 0 2 9

Número de contacto (móvil) / Phone number

3103132414

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Fecha de nacimiento / Date of birth

Place nacimiento / Country of Birth

COLOMBIA

Current distribution / e-mail

NOTTENE@GMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombre y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
Vaccine	Doses	Day	Month	Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	TD Adulto	Segunda	28	6	2014	024L1015D	BARRANQUILLA BIENESTAR IPS SAS	
	Anual		19	1	2019	R3B441V	BARRANQUILLA IPS SURA BOSTON	Imara Trujol Colpas
	TD Adulto	Tercera	26	2	2019	221500217C	BARRANQUILLA IPS SURA BOSTON	Imara Trujol Colpas
	TD Adulto	Cuarta	26	3	2019	221500217C	BARRANQUILLA IPS SURA BOSTON	Imara Trujol Colpas
COVID PRIZER	Primera	6	5	2021	PRIZER	ETE924	SOLEDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL SECE MANUELA BELTRAN	Ilda Pacheco Aguirre
COVID PRIZER	Segunda	27	5	2021	PRIZER	FA5843	SOLEDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL SECE MANUELA BELTRAN	CATELLA ISABEL NUÑEZ DE LA OSSA
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	22	1	2022	MODERNA SWITZERLAND GMBH	015F21A	EPS SANTAS CENTRO MEDICO NUEVO HORIZONTE	SHADDOYA KARIME CANTILLO GARCIA

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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis 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 camé 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 Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEB, according to the Wide Program of Immunization- PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the 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.

Certificación Bancaria

Viernes, 09 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que CLARA BRIYITH PICCN CONZALEZ identificado(a) con CC 26864029, 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	31865019331	2024-04-08	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) 351 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) 1 866 319 9714.



Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

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