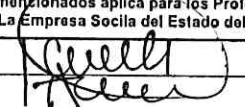


 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"		VERSION 1	Código: FR-RH-97	
DOCUMENTOS DE PROVEEDOR PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN.		FECHA VIGENCIA 2024/06/21	DOCUMENTO CONTROLADO	
NOMBRE: <u>Uladimir del Valle</u> OCUPACIÓN: <u>Medico</u>		PROGRAMA: <u>NPS CHI</u>		
No.	DOCUMENTOS PROVEEDOR	CUMPLE		
		SI	NO	N/A
1	Propuesta			
2	Formulario único hoja de vida de la función pública. SIGEP II	✓		
3	Publicación proactiva declaración bienes rentas y registro de conflicto de interés	✓		
4	Copia documento de identificación. (copia de ambas caras legibles)	✓		
5	Foto Reciente 3 x 4, en físico o digital	✓		
6	Soportes que acrediten la formación académica consignada en la hoja de vida. (Diploma y Acta de Grado)	✓		
7	Soportes que acrediten la experiencia consignada en la hoja de vida.	✓		
8	Copia del Registro Único Tributario RUT. (Vigente)	✓		
9	Aporte documento que acredite su situación militar definida (hombres menores de 50 años), este requisito se validará en la etapa de selección del proveedor.	✓		
10	Certificación bancaria de la cuenta en que se harán los pagos pactados (No mayor a 30 días)	✓		
11	Certificado afiliación sistema de salud, planilla afiliación o copia de ADRES, como cotizante nivel contributivo y certificado de afiliación a pensión - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓	✓	
12	Certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
13	Certificado de antecedentes fiscales, expedido por Contraloría General de la República - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
14	Certificación de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
15	Certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correccionales, RNMC - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
16	Certificación de antecedentes de delitos sexuales, expedido por la Policía Nacional de Colombia, Decreto No.753 de 2019 - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
17	Certificado del registro de deudoras alimentarias morosas (REDAM), expedido por la autoridad competente, Ley 2097 del 2 de julio del 2021 - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
18	Declaración SARLAF - Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
19	Certificación de Compromiso de Seguridad y Confidencialidad - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
20	Certificado médico de salud ocupacional legible, expedición no mayor a un (1) año - Área de la Salud / No mayor a dos (2) años - Administrativos	✓		
21	Certificado de antecedentes disciplinarios legible expedido por la entidad correspondiente (cuando aplique según la profesión. Ejemplo: Médicos certificación del Tribunal Nacional de Ética Médica)	✓		
22	Tarjeta profesional legible	✓		
DOCUMENTOS ADICIONALES				
23	Certificado en Atención Integral en Víctimas de Violencia Sexual - (Personal Asistencial)	✓		
24	Carnet de Vacunación que incluya vacuna fiebre amarilla y Hepatitis B - (Personal Asistencial)	✓		
25	Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud - RETHUS (Si aplica)	✓		
26	Póliza Responsabilidad Civil. (Médicos y especialistas - 200 SMMLV) - (Enfermero, Odontólogo, Bacteriólogo - 100 SMMLV)	✓		
27	Diagnóstico y manejo clínico de dengue (OPS). (Enfermero, médicos y auxiliares de enfermería)	✓		
28	Humanización del Servicio. (Si aplica)	✓		
29	Carnet Vacunas - Covid -19. (Si aplica)	✓		
30	Curso Misión Médica (10 horas)	✓		
31	Curso Primeros Auxilios (20 horas)	✓		
MÉDICO				
34	Certificación en curso de 40 horas en Soporte Vital Avanzado.	✓		
35	Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo.	✓		
36	Constancia de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.	✓		
37	Certificado de Donación de órganos.	✓		
38	Lineamientos técnicos para la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda DNT.	✓		
ENFERMERA/O (Los nueve (9) cursos) / AUXILIAR DE ENFERMERÍA (Numerales 39, 40, 41, 42, 43)				
39	Certificación en Programa Ampliado de Inmunización PAI.			
40	Toma de Citología.			
41	Soporte Vital Avanzado 40 horas - Enfermera / Soporte Vital Básico 20 horas - Auxiliar de enfermería.			
42	Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo.			
43	Constancia de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.			
44	Manejo del dolor y cuidados paliativos.			
45	Asesoría de VIH.			
46	Lineamientos técnicos para la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda DNT			
47	Retiro e Inserción de Implantes.			
ODONTÓLOGO / TÉCNICO EN RADIOLOGÍA				
48	Curso en Radio Protección			
49	Otros			
NOTA 1: Las certificaciones que acreditan los cursos requeridos, debe tener vigencia no mayor a dos (2) años. Los documentos se deben aportar en una Carpeta cuatro aletas desacidificada, color blanco. NOTA 2: El proveedor debe estar registrado en la Plataforma Transaccional del Sistema Electrónico de Contratación pública - SECOP II y en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público al servicio de la administración pública y de los ciudadanos - SIGEP II. Los documentos de proveedor mencionados aplica para los Profesionales, Tecnólogos, Técnicos, auxiliares administrativos y auxiliares de mantenimiento, del área Asistencial y Administrativa de La Empresa Social del Estado del Departamento de Meta - E.S.E "SOLUCIÓN SALUD"				
FIRMA QUIEN RECIBE: 		FECHA: _____		



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 DEL VALLE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) OROZCO	NOMBRES VLADIMIR ALFONSO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 9875916	GENERO F ☐ M ☒ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO 004741	D.M. 13
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 23 MES 02 AÑO 1980 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 17 20 90 NORTE BARRIO CENTRO CUMARIBO PAÍS COLOMBIA DEPTO VICHADA MUNICIPIO CUMARIBO TELÉFONO 3013135822 EMAIL doctordelvalle2020@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		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1997

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	10	X		MEDICO GENERAL	04	2008	01662-2011

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

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
ESPAÑOL			X			X			X

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 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO VICHADA		MUNICIPIO PUERTO CARREÑO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
		Día	23	Mes	08	Año	2024	Día	31	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL		DEPENDENCIA MEDICO						DIRECCIÓN CALLE 18 10 43			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO VICHADA		MUNICIPIO PUERTO CARREÑO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
		Día	19	Mes	04	Año	2024	Día	18	Mes	08
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL		DEPENDENCIA MEDICO						DIRECCIÓN CALLE 18 10 43			

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CLINICA SANTA HELENA				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PIVIJAY					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2022	Día	01	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA MEDICO GENERAL					DIRECCIÓN CALLE 0 0 0						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	21	Mes	06	Año	2022	Día	20	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA MEDICO					DIRECCIÓN CALLE 0 0 0						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA MEDICO					DIRECCIÓN CALLE 6 5 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	12	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA DEL PIC					DIRECCIÓN CALLE 0 0 0						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD IPS SAN SEBASTIAN				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO RISARALDA			MUNICIPIO PEREIRA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	04	Año	2019	Día	16	Mes	08	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA MEDICO					DIRECCIÓN CARRERA 7 27 6						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SALUD TOTAL MEDICALL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	04	Año	2014	Día	07	Mes	07	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA MEDICO					DIRECCIÓN CARRERA 67 4 78						

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:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

Vladimir Del Valle Q.
LAS MERCEDES, 08/04/2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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, VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 9.875.916 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: PIVIJAY

País COLOMBIA Departamento META Municipio LAS MERCEDES

Dirección LAS MERCEDES Teléfonos 3013135822

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MATIAS DEL VALLE SANJUANELO	1.145.929.351	HIJO
GERONIMO ANDRES DEL VALLE CORONADO	1.079.942.514	HIJO

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	56.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 56.000.000

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	84481663287	PIVIJAY	\$ 10.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
CASA	PIVIJAY	\$ 50.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		\$ -

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

LAS MERCEDES (META) 08/04/2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.875.916**
DEL VALLE OROZCO

APELLIDOS

VLADIMIR ALFONSO

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1980**

PIVIJAY
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

09-MAR-1998 PIVIJAY

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



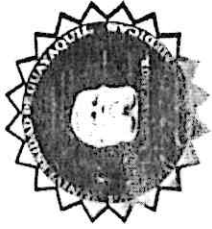
A-8833015-00159255-M-0009875916-20090813

0012479580A 1

21632404

INSTITUTO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL





LA REPUBLICA DEL ECUADOR

Y EN SU NOMBRE Y POR AUTORIDAD DE LA LEY,

*La Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de Guayaquil*

HACE NOTORIO: Que el Bachiller

VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO

ha cumplido con los requisitos previstos en la Ley y en el Reglamento interno en vigencia, por lo que le otorga el TITULO de

MEDICO

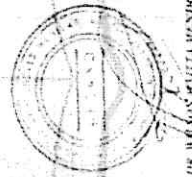
En tal virtud, las autoridades y la ciudadanía le guardarán los fueros y privilegios que le corresponden.

Dado y firmado por los señores Decano, Director de Escuela y Secretario de la Facultad, en la ciudad de Guayaquil, a los seis días del mes de agosto del dos mil ocho.

Rectorado de la Universidad de Guayaquil.

Refrendado a fecho No. 23 de 2008, en 3 del libro respectivo
Guayaquil, 23 de Agosto del 2008

[Firma]
DE ROBERTO GONZALEZ BARRERO
Vicerrector General



DE WILSON JIMENA MONTAÑA
Decano

[Firma]
DE CARLOS VILLALBA ZAPARRANO
Director de Escuela

[Firma]
ING. TELUO FRAYCO PARRALES DE S.
Secretario (a)



El Secretario General de la Universidad de Guayaquil, CERTIFICA que las firmas y rúbricas que constan en el anverso del título de MEDICO del señor BLADIMIR ALFONSO DEL VALLE GONZALEZ, pertenecen a las personas que en esa fecha desempeñaban esas funciones en la FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.- Además que las firmas y rúbricas que constan en la referenciada son auténticas. Guayaquil, octubre 20 del 2006

ROBERTO TORO BAQUERIZO
SECRETARIO GENERAL

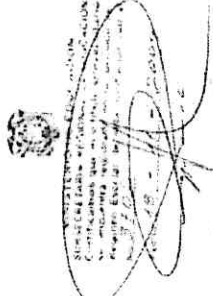
INFORME FAVORABLE PARA
LA FIRMA DEL DOCUMENTO

Prof: Cecilia Cordero



MINISTERIO DE EDUCACION
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR
DIRECCION DE REGISTRO Y EVALUACION
Guayaquil, 18 NOV. 2006

MINISTERIO DE EDUCACION
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR
DIRECCION DE REGISTRO Y EVALUACION



Diploma Reverso

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL - FACULTAD DE MEDICINA - ESCUELA DE MEDICINA



REPUBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Alejo Rodríguez

DIRECTOR GENERAL DE EDUCACIÓN

Concedo la validez del presente

documento para continuar

estudios en la carrera

de Medicina

18 NOV 2009

Guayaquil, Ecuador



Ministerio de
educación

SUBSECRETARÍA REGIONAL DE

EDUCACIÓN DEL LITORAL

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN

SR. DR.

CARLOS VALLALBA ZAMBRANO

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA DE MEDICINA

GUAYAQUIL

GUAYAQUIL, 18 de mayo de 2009

PRESENTE: D. L. Rodríguez

Director General de Educación

Guayaquil, Ecuador

18 NOV 2009

Concedo la validez del presente

documento para continuar

estudios en la carrera

de Medicina

18 NOV 2009

Guayaquil, Ecuador

Guayaquil, Ecuador

Yo, MEDICO DEL VALLE GRIZCO VLADIMIR, de nacionalidad Colombiana,

solista a nivel y por su grado otorgado a la Secretaría de la Facultad de

Medicina, me comprometo a que de la presente una COPIA DEL ACTA DE

ENTRADA DE MEDICINA, presentada en la Escuela de Medicina, quedará en mi poder.

2009

Acordándole de antemano por la presente y por acuerdo a esta decisión, se

reitera mi compromiso de dedicación y entrega.

Atentamente,

[Firma manuscrita]



VERIFICADO EN EL DIA 18 DE MAYO

2009

Guayaquil

Dr. Carlos Vallalba Zambrano

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA DE MEDICINA

GUAYAQUIL

2009

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Guayaquil

Acta de grado Reverso

SECRETARIA DE LA FACULTAD DE CIECIAS MEDICAS.- Guayaquil, julio 23 del 2009.- La infrascrita Secretaria de la Facultad de Ciencia Medicas de la Universidad de Guayaquil, en cumplimiento con lo dispuesto en el Decreto de la Direccion Escuela de Medicina que ntecede, **CERTIFICA** Que revisado el libro de Actas de Grado de Médicos aparece lo siguiente: En Guayaquil a los seis días del mes de Agosto del dos mil ocho, reunidos en el Centro de Convenciones, se instala el Honorable Consejo Directivo de la Facultad, como invitados Dr. Salomón Quintana Estrada, Vicerrector General, Dr. Cesar Romero Villagrán, Vicerrector Administrativo, bajo la presidencia del Dr. Wilson Maita Mendoza, Decano y con la participación de los siguientes Miembros Dr. Camilo Morán Rivas, Subdecano, Dr. Marcelo Lazo Salazar, Dr. Jorge Coello Cunto, Vocales Principales, Dr. Walter Salgado Salguero, Fiscal Principal, Sr. Benigno Jiménez Pinto, Delegado Principal por los Trabajadores y como invitados: Obst. Delia Crespo Antepara; Director de la Escuela de Obstetricia, Lcda. Rosa Riosfrío Sánchez, Directora de la Escuela de Enfermería, Dr. Victor Salazar Suárez, Subdirector de la Escuela de Medicina, actuando en la Secretaria el Ing. Telmo Franco Parrales, Mg. Sc, Profesor Principal encargado. Se procede a la Incorporación Colectiva de los egresados de la Escuela de Medicina, quienes han sido aprobados en sus exámenes previo al Grado de Médicos a los Señores entre otros: **DEL VALLE OROZCO VLADIMIR ALFONSO**. En este mismo Acto el señor Decano ante los Miembros del Honorable Consejo Directivo y el infrascrito Secretario toma la promesa legal a los antes mencionados egresados y de conformidad con el Art. 101 del Reglamento Interno de la Facultad, le confiere el Título de Médico, entregándole en el mismo Acto el Título respectivo. Termina el Acto firmando los Señores Miembros del Honorable Consejo Directivo y el infrascrito Secretario encargado que certifica.- (f) Dr. Wilson Maita Mendoza, Decano, (f) Dr. Camilo Morán Rivas, Subdecano, (f) Dr. Marcelo Lazo Salazar, (f) Dr. Jorge Coello Cunto, Vocales Principales, (f) Dr. Walter Salgado Salguero, Fiscal Principal, (f) Sr. Benigno Jiménez Pinto, Delegado Principal de los Trabajadores, (f) Ing. Telmo Franco Parrales, Mg. Sc, Profesor Principal encargado de la Secretaria.- Así consta en los archivos de esta Secretaria a mi cargo, a los cuales me remito en caso necesario.-

revisado

24/08/09

Ab. CARMEN MORAN FLORES
SECRETARIA

Universidad de Guayaquil
Secretaría General

El Secretario General de la Universidad de Guayaquil (HUGU) que se encuentra a la orden de la Ab. Carmen Moran Flores, Secretaria de la Facultad de Ciencias Médicas, por la presente que guarda con la presente copia en sus documentos de la Universidad, octubre 20 de 2010

[Firma]
Ab. Rosendo Pantoja
SECRETARIO GENERAL

ONESI IP
18/11/2009
Nº 0046472

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 3358
4 MAYO 2010

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
en materia de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 6612 de 2006 y la
Resolución No 3763 del 13 noviembre de 2003 y No 912 del 27 de febrero de 2009.

CONSIDERANDO:

Que VLAMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No 678.916, presentó para su convalidación el título de MÉDICO, otorgado el 5 de agosto de 2006 por LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, ECUADOR, mediante actas radicadas en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2010LER5527-3273570.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 6612 de 2006, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3º de la Resolución 5647 del 13 de diciembre de 2006, una de las opciones oficiales para acreditar la equivalencia de los títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de Comparación de Carga Académica que consiste en el hecho que se somete a convalidación, correspondiendo a un programa académico que se encuentre evaluado con certeza por el Ministerio de Educación Nacional o el ICOPES, se resuelve suficiente la misma decisión que en el caso que sirve como referencia. Para tal efecto, el título de la misma programa académico, otorgado por la misma institución y con una extensión igual o superior a la del título que se desea convalidar es suficiente.

Que en virtud de lo anterior al convalidado en el presente caso correspondiente, el Ministerio de Educación Nacional, mediante Resolución No. 277 del 4 de febrero de 2009, convalidó un título otorgado el 16 de julio de 2004, por la misma universidad y correspondiente al mismo programa académico, para su convalidación de la Comisión Nacional Representativa de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior-CONACES.

Que tras fundamentar en las actas de convalidación y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia el título de MÉDICO, otorgado el 5 de agosto de 2006 por LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, ECUADOR, a VLAMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 678.916, según el expediente No. 2010LER5527-3273570, que otorgan las instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con la ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO. La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario de cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición que debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los 4 de MAYO de 2010

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Dr. Vladimir Del Valle Orozco

MEDICO GENERAL

C.C. 9.875.916

Kra 16 N 2048

Cel. 315 554 4280 Pivijay Magdalena

República de Colombia



Departamento de Magdalena

Formulario Único de Registro de Profesionales de la Salud - FURPS

RESOLUCION No. 001002

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En las 22 hrs. a las 08:00 AM y en especial las que le confiere el Decreto 001875 de Agosto 2 de 2015.

CONSIDERANDO

Que VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 9.875.916 expedida en PIVIJAY ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como MEDICO.

En la que se otorgó LA UNIVERSIDAD DE GUAIAQUIL - ECUADOR, el 06 DE AGOSTO DE 2008, MEDIANTE RESOLUCION No. 3358 DE 01 DE MAYO DE 2010 DE MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LE CONVALIDA LA D. TITULO EN COLOMBIA.

Donde cumple con el Perfil Ocupacional SUBCENTRO DE SALUD DE BACHILLER - PIVIJAY (C) MANEJADO EL 01 DE OCTUBRE DE 2009 hasta 30 DE SEPTIEMBRE DE 2009.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. Autoriza a VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO identificado (a) con cédula de ciudadanía No. expedida como de ciudadanía No. 9.875.916 expedida PIVIJAY para ejercer la profesión de MEDICO en todo el Territorio Nacional.

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

GRATIFICACION Y CUMPLASE

10 FEB 2017

WILSON PEÑA GONZALEZ
Secretario de Salud Departamental

Por medio de esta resolución se otorga la autorización para el ejercicio profesional de la medicina general a VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO.



NIT 900.682.543-8

**EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO
HUMANO S.A.S.**

CERTIFICA:

Que **DEL VALLE OROZCO VLADIMIR ALFONSO** identificado con cédula de ciudadanía número **9875916** labora en Medical Talento Humano S.A.S., en la Unidad de Servicios MEDICALL - SALUD TOTAL, mediante contrato de trabajo a Término Indefinido desde el día 1 de Abril de 2014, desempeñando el cargo de **MEDICO UUBC**, con una remuneración mensual que se encuentra distribuída en los siguientes términos:

1. Un salario básico equivalente a la suma de : DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCO MIL CEROPesos M/cte (\$2,205,000).
2. A título de auxilio no constitutivo de salario y/o factor prestacional, la suma de: NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CERO Pesos M/cte (\$945.000,00).

La presente se expide en Bogotá, D.C. a los siete (7) días del mes de Julio del año dos mil catorce (2014). a solicitud del interesado (a).

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL

Carrera 67 # 4G-78 Teléfonos 7425770 - 4200784 - 2621705
Bogotá

141174191939



(415)7707212489984(8020) 000014117419193 9

14. Buzón electrónico

9 8 7 5 9 1 6 | 9

Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Carreño

9 8 7 5 9 1 6

5 5 1

34- Otros nombres

ALFONSO

36. Nombre comercial

37. Signs

UBICACIÓN

7 7 3

BRR ALCARAVAN

42 Correo electrónico: doctordelvalle2020@hotmail.com

43. Código postal	4	7	2
-------------------	---	---	---

44. Teléfono 1

3 0 1 3 1 3 5 8 2 2

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

51. Código

52. Número
establecimientos

$$| \begin{matrix} 2 & 2 & 2 & \dots \end{matrix} |$$

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9

[illegible]

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

[illegible]

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. Anoxos SI ☐ NO ☒

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.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984 Nombre DEL VALLE OROZCO VLADIMIR ALFONSO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL**



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor VLADIMIR ALFONSO DEL-VALLE OROZCO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 9875916, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	VLADIMIR
Segundo Nombre:	ALFONSO
Primer Apellido:	DEL-VALLE
Segundo Apellido:	OROZCO
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	9875916
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

**ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR**

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 8 días del mes de Abril de 2026, a las 3:44:40 PM.

Cordialmente,

CR. JOAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Generó: Sistema Fénix

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional



PATRIA HONOR LEALTAD

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
Cra. 11 B No. 104*-64 (601) 4261420 Bogotá D.C.- Colombia



Certificación Bancaria

Miércoles, 08 de abril de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO identificado(a) con CC 9875916, 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	84481663287	2025-04-02	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

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



Catalina Corlés 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, repórtelo de inmediato a correosospachoso@bancolombia.com.co



Reporte la novedad de afiliación al régimen contributivo como independiente

1 Actualización datos complementarios

2 Datos del aportante

3 Declaraciones y autorizaciones

4 Resumen de novedad

Verifique y confirme los datos en el detalle de la novedad

Ocultar recomendaciones

• Para guardar la información registrada seleccione "Confirmar". En caso de presentar error en la información registrada rechace el formulario e inicie nuevamente la novedad.

Número de novedad	Funcionalidad	Fecha del reporte de la novedad	Régimen actual	Tipo de afiliado
014CC987591612032026133600007	Afiliación al régimen contributivo como independiente	2026-03-12	Subsidiado	Cabeza de familia

Datos básicos del cotizante o cabeza de familia

Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo
CC	9875916	Vladimir Alfonso Del Valle Orozco	1980-02-23	Hombre

Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia

Departamento	Municipio	Localidad	Zona	Dirección	Etnia	Tipo de discapacidad	Grupo sanguíneo
Magdalena	Pivijay	BARRIO KENEDY	Urbana - Cabecera municipal	CONDOMINIO HORIZONTES CASA 31 VIA PEÑON	Ninguno	Ninguno	O Positivo (+)

Datos básicos del empleador

Fecha efectividad: 2026-03-17

Tipo de documento	Número de documento	Razón social del empleador	Tipo de cotizante	IBC	Estado de la novedad
CC	9875916	VLADIMIR DEL VALLE	Independiente	4400000	Relación laboral confirmada
ARL					
No aplica					

Datos de Afiliación

EPS	IPS
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A - EN INTERVENCION BAJO MEDIDA DE TOMA DE POSESION	E.S.E HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **9875916**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2016** 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 08 de abril de 2026.

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.

VERIFICADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DEL COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 294012506



PIB

16:12:17

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de abril 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) VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 9875916:

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>

Mario Enrique Castro González
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.



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 miércoles 08 de abril de 2026, a las 16:15:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	9875916
Código de Verificación	9875916260408161559

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



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:18:51 PM horas del 08/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 9875916

Apellidos y Nombres: DEL VALLE OROZCO VLADIMIR ALFONSO

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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

8/4/26, 4:19 p.m.



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional

Policía Nacional de Colombia



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



GOV.CO



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/04/2026 04:17:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **9875916** y Nombre:
VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO.

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. **137850052**. 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](#)

**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

515 9000



**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA**

**GOV.CO**



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/01/2026 07:34:34 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **9875916** y Nombre: **VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO**.

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. **133733296** . 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



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



GOV.CO

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

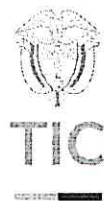
La Policía Nacional de Colombia Informa:

Que siendo las 16:22:07 horas del 08/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **9875916**,
Apellidos y Nombres **DEL VALLE OROZCO VLADIMIR ALFONSO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE DEL DEPARTAMENTO DEL META SOLUCIÓN SALUD**, con NIT **822006595-1** 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.

<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 9875916 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 08/04/2026 04:02 PM



Código Verificación: **URQC26N7D5**

Válida hasta: **07/07/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 01	Código: FR-RH-98	
VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA NATURAL SARLAFT/FPADM Y DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS		VIGENCIA 2024/10/25	DOCUMENTO CONTROLADO	
DATOS DE SOLICITUD				
FECHA DE SOLICITUD:		13-04-2026		
TIPO DE SOLICITUD:		VINCULACIÓN	☒	ACTUALIZACIÓN
TIPO DE USUARIO:		CLIENTE	☐	CONTRATISTA
			☒	PROVEEDOR
DATOS BASICOS DE PERSONA NATURAL				
NOMBRE COMPLETO		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
VLADIMIR ALFONSO		DEL VALLE		OROZCO
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
Cedula ciudadania	☒	Pasaporte	☐	Cedula Extranjeria
NÚMERO DE IDENTIDAD		FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN
9.875.916		9 3 1998		PIVJAY
FECHA DE NACIMIENTO:		23/02/1980		LUGAR DE NACIMIENTO: (País, departamento y ciudad)
				Colombia, PIVJAY
GÉNERO:		F (Femenino)		M (Masculino)
		☐		☒
OCUPACIÓN				
EMPLEADO		PENSIONADO		EMPLEADO CON NEGOCIO
INDEPENDIENTE		RENTISTA		OTRO ¿CUÁL?
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				
BARRIO	TELÉFONO RESIDENCIA		CIUDAD	DEPARTAMENTO
LAS MERCEDES			PIVJAY	MAGDALENA
NÚMERO DE CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		
		doctorvalle2020@hotmail.com		
TIPO DE VIVIENDA				
PROPIA	☒	FAMILIAR	☐	ARRENDADA
PERSONAS A CARGO:				
VALOR ARRIENDO:		GASTOS FAMILIARES:		600,000
INFORMACIÓN LABORAL				
NOMBRE DE LA EMPRESA / NEGOCIO		DETALLE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE "SOLUCIÓN SALUD"				
CARGO:	MEDICO	FECHA DE INGRESO		TIPO DE VINCULACIÓN
CIUDAD:		dd	mm	aaaa
DIRECCIÓN:				FIJO
TELÉFONO:				INDEFINIDO
SI USTED ES UN PEP (PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE) CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN				
POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:		SI	NO	SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR
Maneja recursos públicos		☐	☒	
Ejerce algún grado de poder público		☐	☒	
Goza de reconocimiento público		☐	☒	
INFORMACIÓN FINANCIERA				
POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA				
PRODUCTO FINANCIERO	NÚMERO	ENTIDAD	SUCURSAL	ANTIGÜEDAD
CUENTA DE AHORROS	84481663287	BANCOLOMBIA	PIVJAY	
OPERACIONES INTERNACIONALES				
REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA		INDIQUE CUALES:		OTRAS
SI	☐	NO	☒	
		IMPORTACIONES	EXPORTACIONES	
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR				
INVERSIONES	TRANSFERENCIAS		OTRAS	¿CUALES OTRAS?
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD
				PAÍS
				MONEDA
SUMINISTRO Y ACTUALIZACION DE INFORMACION				
EL SERVIDOR PÚBLICO ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ se obliga con la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.				
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES				
Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente: Declaración de origen de fondos a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que				

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Comprendo y acepto que las bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como SERVIDOR PÚBLICO y/o CONTRATISTA, son de propiedad de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud", por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al cargo suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud", para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud", que se encuentra publicado en la página web www.esmeta.gov.co, quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

La Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" o en las que ésta participe directa o indirectamente. Manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud".

Conozco y me comprometo a cumplir con el Código de Ética, Buen Gobierno y Transparencia y todos los lineamientos definidos para la prevención y Administración del Riesgo de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/FPADM, declaración y resolución de conflictos de interés, y demás programas orientados a la prevención y gestión del riesgo.

Autorizo a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud", a consultar y verificar mis datos en las centrales de información y/o bases de datos públicas, especialmente en las listas establecidas para el control y prevención de Lavado de Activos y la Financiación de Terrorismo.

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo obrando en nombre propio y en calidad de miembro directivo de la, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

- No he sido declarado responsable penalmente por delitos contra la administración pública, el orden económico social y contra el patrimonio económico y no he implicado, ni utilizado a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" en la comisión de estos delitos.
- No he sido sancionado con la declaración de caducidad de un contrato celebrado con una entidad pública, que haya implicado la utilización de la entidad

Ni yo, ni ninguno de los miembros inmediatos de mi familia hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante), tenemos intereses privados que puedan entrar en conflicto con mis obligaciones para con la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud".

En el caso de que una o varias de las situaciones anteriormente mencionadas cambien, es mi deber personal, informar con oportunidad el hecho acontecido para así tomar las medidas pertinentes con base en los marcos normativos vigentes.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Declaro de forma libre y voluntaria mis conflictos de interés y me comprometo a realizar la actualización de esta información de acuerdo con lo requerido por el Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. En caso de encontrarme implicado o evidenciar un conflicto de interés, declaro que lo informaré de manera oportuna a la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud". Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, proporcione por favor la información solicitada.

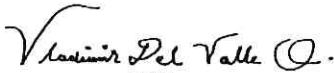
¿En la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" laboran o prestan servicios de cualquier índole algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante)?		SI	NO	X
Vínculo familiar/ Parentesco	Nombre completo	No. de identificación		Cargo
¿Es dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado de empresas, sociedades, consorcios, negocios, establecimientos comerciales y/u organizaciones que tengan relación comercial con la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" ?		SI	NO	X
NIT	Razón social/ Nombre de la empresa		Tipo de vínculo (dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado)	
¿Tiene algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante) que sea socio o accionista con más de treinta por ciento (30%) de participación en una empresa o que tenga el control de la misma y que a su vez dicha empresa sea cliente o proveedor de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"?		SI	NO	X
Vínculo familiar/ Parentesco	Nombre completo	No. de identificación	Razón social / Nombre de la empresa	
			% de participación	
¿Ha ofrecido directa o indirectamente, incentivos económicos y/o no económicos a proveedores, contratistas, clientes, directivos y funcionarios de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud", o cualquier tercero, con el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de los servicios que presta a la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"?		SI	NO	X

¿Ha usado su posición como directivo de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud", así como la reputación y logos de la entidad con el fin de obtener beneficios, para usted o terceros?	SI	NO	X
---	----	----	---

Por favor amplie la información:

¿Ha revelado algún tipo de información privada, semiprivada o sensible de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" a la que tenga acceso en el ejercicio de sus actividades, para beneficio personal, de algún familiar cercano o de un tercero? (Ley 1581/2012)?	SI	NO	X
---	----	----	---

Por favor amplie la información:

FIRMA Y HUELLA	
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado en el presente documento, declaro que la información que he suministrado es veraz y procedo con la firma del documento	
 FIRMA	

CAMPO EXCLUSIVO PARA VALIDACIÓN POR EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN				DILIGENCIAR EN CASO DE REQUERIR AMPLIAR INFORMACIÓN	
Fecha:			Hora:	OBSERVACIONES:	
Nombre:					
Cargo:					
Firma:					

En caso de diligenciamiento electrónico:

Declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.

	HUELLA
--	--------

DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS NATURAL: Se anexarán los documentos que se estipulen en el proceso correspondiente, de acuerdo con el tipo de relación o vínculo con la entidad.

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCION

Resultado de verificación de datos:	
	FECHA: HORA:

VoBo. Oficina Jurídica _____

VoBo. Planeación (Calidad) _____

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

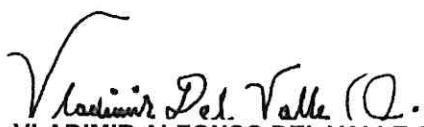
Yo **VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO** identificado con la cédula No. 9.875.916 de PIVIJAY obrando en nombre propio me permito manifestar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ESE SOLUCIÓN SALUD - que:

Comprendo y acepto que los manuales de procedimientos, bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como CONTRATISTA, son de propiedad de la ESE SOLUCIÓN SALUD, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al objeto contractual suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de ESE SOLUCIÓN SALUD para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la ESE SOLUCIÓN SALUD, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co , quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

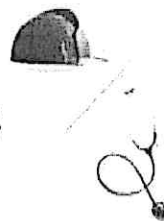
Se expide a los 08 días del mes de abril del año 2026.


VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO
C.C. 9.875.916 de Pivijay
CEL :3013135822



Katia Pérez Domínguez

Médico General Esp. En Salud Ocupacional



Datos Básicos

Paciente: VLADIMIR DEL VALLE OROZCO
Identificación: 9875916
Cargo: MEDICO
Empresa donde labora: ESE META SOLUCION SALUD
No. Orden: 05-02-2026
Realizado por: Katia Pérez Domínguez
Tipo evaluación: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Fecha atención: 05-02-2026
Fecha salida:

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

EXAMENES REALIZADOS:

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR: NORMAL

RECOMENDACIONES AUDIOMETRÍA:

N.R

RECOMENDACIONES ESPIROMETRÍA:

N.R

RECOMENDACIONES EVALUACIÓN VISUAL:

N.R

RECOMENDACIONES MÉDICAS:

USO DE EPI

HIGIENE POSTURAL

MANEJO DE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID-19

CONTROL MEDICO ANUAL

REMISIÓN:

Apto para Trabajo en altura: SI: ☐ NO: ☐ NO APLICA: ☒

Concepto de Aptitud: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

HERMIDE

Katia y Pérez D.

Nombre : KATIA YANETH PEREZ DOMINGUEZ
Especialidad : MEDICINA OCUPACIONAL
Licencia S.O. : R.M. 5830 LIC: 3745

Vladimir Del Valle Q.

Nombre: VLADIMIR DEL VALLE OROZCO
N° y Tipo Documento: CC: 9875916



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C987591600314341

Código de verificación

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO**, identificado(a) con C.C. No. 9875916 y T.P. o R.M. No. 9875916 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 08 abril 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.

68 1662/2011

Profesión u Ocupación
MEDICO

Nombres y Apellidos

DEL VALLE OROZCO VLADIMIR ALFONSO

C.C. o C.E.

CC 9875916

De

PIVIJAY

Institución de Educación

U. DE GUAYAQUIL

Ciudad

ECUADOR

Código

68170/68

Fecha de Expedición

27/05/2011

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.



CERTICLASS

NIT 901700101-8

CERTIFICA QUE

VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO
IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 9.875.916

Asistió al Curso Básico de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 Horas

SE EXPIDE A LOS 05 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015
MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ 0 MESES

John Jairo Tovar López
GERENTE



John Jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

 **Ministerio de la Protección Social**
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Vledor, Wil

Apellidos: del Valle

Documento de Identidad: CC 9.875.916

Fecha de Nacimiento: 23 Mes: 02 Año: 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
	1			
	2			
	3			
	4			
Toxóide Tetánico Diftérico Td	5			
	1	01-07-10	EU 40509-A	4/00000000
	2	03-08-10	EU 403012	00/00000000
	3	06-09-11	EU 40808-8	00/00000000
Contra Hepatitis B				

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	01-07-10	008 2007 073		0/00000000
Contra Influenza				
Otros				

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

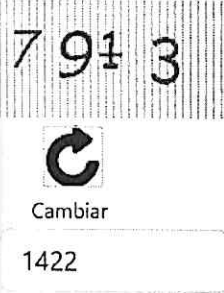
Número de Identificación *

9875916

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-04-08--9:07:19 AM -2026-04-08--10:13:41 AM
-2026-04-13--10:35:53 AM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalle
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación:	
CC	9875916	DEL	OROZCO	VLADIMIR	ALFONSO	Vigente	Ver
		VALLE					

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) DEL VALLE OROZCO VLADIMIR ALFONSO identificado(a) con CC 9875916 registra La siguiente información:

2026-04-13--10:35:53 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2011-02-10	1662	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER

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).



¡Bienvenido a tu póliza con MAPFRE!

Estimado,
DEL VALLE OROZCO VLADIMIR ALFONSO

¡Nos encanta tenerte
como miembro de la familia
de asegurados MAPFRE!

Ahora que tú estás protegido por nosotros, ingresas a un mundo de bienestar del cual eres absoluto protagonista. Estaremos acompañándote permanentemente y atentos a cualquier sugerencia que tengas para mejorar tu experiencia.

- [Condicionado de mi seguro de RC médica,](#)
- [Guía interactiva del asegurado,](#)
- [Certificado de seguro,](#)
- [Portafolio.](#)

Recuerda que contamos con diferentes alternativas y medios de pago. Más información, haciendo [clic aquí](#).

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

RODRIGUEZ BARRIGA JUNIOR
Móvil: 3002962600
Email: ABLASEGUROSCOMERCIAL1@GMAIL.COM

No olvides ingresar a clientes.mapfre.com.co para registrarte en la plataforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, Ingresa a mapfretecuidamos.com.co para darte de alta en nuestro programa de beneficios exclusivos. También, haz clic y síguenos en nuestras redes para estar al tanto de



@mapfreco



@MAPFRE_CO



@MAPFREco

Vamos a estar muy bien juntos.

Cuenta con nosotros en cada momento.

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co

RC MÉDICA
MAPFRE

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME



VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICIÓN	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
\$ 263.048,00	\$ 20.000,00	\$ 283.048,00	\$ 53.779,00	\$ 336.827,00



* (415)7707289180029(8020)032091472194(3900)0000336827(96)20260413*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA HORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET.

AMPAROS

R.C. COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LÍMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERD MIN \$1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDIDA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIA/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R.C. EXTRACONTRACTUAL.

BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

REESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

R.C. PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.

CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA, LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048, CÓDIGO DE COMERCIO).

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2109 DE DICIEMBRE 2013. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORETENEDORES SEGUN RESOLUCION 8098 DE JUNIO 28 DE 2013.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 1 OCRETO 1115/98

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR



CERTICLASS

NIT 901700101-8

CERTIFICA QUE

VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO
IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 9.875.916

Asistió al Curso Básico de:

DIAGNÓSTICOS Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE

Con una intensidad horaria de 20 Horas

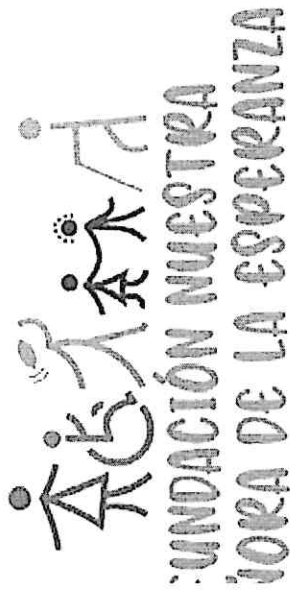
SE EXPIDE A LOS 05 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 28/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John Jairo Tovar López
GERENTE

John Jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL



VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA



NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

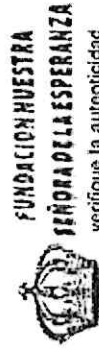
Vladimir Alfonso del Valle Orozco

CC 9875916 de Pivijay - Magdalena

zó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-03-24

Fecha de vencimiento: 2026-03-24



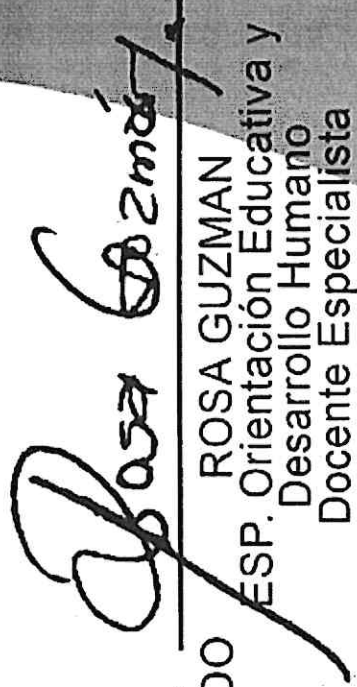
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesperanza.org


REDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal

No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206

Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Vladimir Alfonso**

Apellidos: **Del valle orozco**

Documento de identidad: **C.C.X CE PA CD SC PE PPT. DE**

Número de documento: **9 8 7 5 9 1 6**

Fecha de nacimiento: **Día 23 Mes 02 Año 1980**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora - Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarella	Única			
Dpt Ace	1	02-5-24	2331L0270	Olga Muñoz
	2			
	3			
	4			
	5			
Toxoides Tetánico - Difterico (Td)	1			
	2			
	1			
	2			
	3			
Tdap acelular				
Hepatitis B				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora - Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Actual	15-12-23	230697	Vobando Jarama
	Actual	02-5-24	NS0524003	Olga Muñoz
Pfizer	1ª	25-6-21	440386	Arlynn Villalba
	2ª	19-7-21	PL49100	Arlynn Villalba
Covid 19	1er Ref.	27-7-22	PCAN080	Dariana
	2ª Ref.	02-05-24	032423A	Olga Muñoz
Moderna				
Otras				



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, Secretaría de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

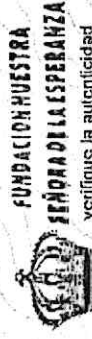
Hace Constar que: Vladimir Alfonso del Valle Orozco CC 9875916 de Pivijay - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-03-28

Fecha de vencimiento: 2026-03-28

Verificación:



verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraseñoradelasesperanza.co

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP. 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
Esp. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



NIT. 900386743-5

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianoemergencias.com

CERTIFICA QUE:

VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO.

C.C. 9.875.916

ASISTIO AL CURSO TALLER:

“SOPORTE VITAL AVANZADO “SVA-ACLS”

“MANEJO DEFINITIVO DEL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA

ENTREGADO EN GIRARDOT (CUNDINAMARCA), El día 15 de Enero de 2026 DURACIÓN 48 HORAS
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES E INTERNACIONALES DE
RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

TEMARIO: REANIMACION CARDIOPULMONAR Y VIA AREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO
DESFIBRILADOR, CODIGO AZUL TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE.

Resolución 2003/2014. LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.

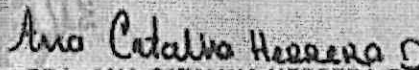

KAREN LORA NARVAEZ

COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.S.
INSTRUCTORA BLS-ACLS, COMAT.

FECHA DE RENOVACION ACLS-SVA AGOSTO 2026.


DR. JUAN PABLO SALGADO C.

NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CENTRICO,
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.


DRA. ANA CATALINA HERRERA D.

COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GO



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Lo Bueno del Grupo es Estar en El.

LÍNEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LÍNEA NACIONAL 3107451759

grupocolombianoemergencias@gmail.com  Grupo Colombiano de Emergencias  @Grupocolombiano



CERTIFICADO DE ASISTENCIA

VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO

Identificado con CC: 9875916

Dirigido a:
MÉDICO

Curso Taller -Teórico Práctico

BLS-ACLS (SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO)

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios, Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios, con Instructor A.H.A. siguiendo los lineamientos establecidos por la **AMERICAN HEART ASSOCIATION 2020**.

Sion Centro de Formación en Salud S.A.S. Nit.901684077-1 bajo el registro Mercantil N°862.176, seguido por el artículo 43 de la ley 115 de 1994 del Ministerio de Educación y Conforme a lo establecido en el Decreto 1075 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Educación - DURSE, en su artículo 2.6.6.8. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano. **Cumpliendo con la Resolución 3100 de 2019.**

Este certificado tiene una validez de (2) años a partir de su fecha de expedición, con una intensidad de 48 horas

Fecha de realización:

18/02/2026

Wilson Bravo Monroy

WILSON BRAVO MONROY
Coordinador Científico
Instructor Internacional BLS-ACLS AHA
Coordinador de Urgencia

EILEEN TORNAY BARRIOS
Representante Legal
Gerente General

Contáctanos: info@sionsalud.com | Celular. 322 5214130

Calle 50 #41-44 oficina 110 Barranquilla -Colombia Tel. (605) 3266188

CERTICLASS

NIT 901700101-8

CERTIFICA QUE

VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO
IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 9.875.916

Asistió al Curso Básico de:

MANEJO Y GESTIÓN DEL DUELO

Con una intensidad horaria de 20 Horas

SE EXPIDE A LOS 04 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015
MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John Jairo Tovar López
GERENTE

John Jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

CERTICLASS

NIT 901700101-8



CERTIFICA QUE

VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO
IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 9.875.916

Asistió al Curso Básico de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS POR ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Con una intensidad horaria de 20 Horas

SE EXPIDE A LOS 04 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John Jairo Tovar López
GERENTE



John Jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

CERTICLASS

NIT 901700101-8

CERTIFICA QUE



VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO
IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 9.875.916

Asistió al Curso Básico de:

DONACION DE ORGANOS

Con una intensidad horaria de 20 Horas

SE EXPIDE A LOS 04 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015
MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John Jairo Tovar López
GERENTE

The logo for CertiClass, featuring a stylized 'C' and the text 'CertiClass'.

John Jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA



CERTICLASS

NIT 901700101-8

CERTIFICA QUE

VLADIMIR ALFONSO DEL VALLE OROZCO
IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 9.875.916

Asistió al Curso Básico de:

ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS
CON DESNUTRICIÓN AGUDA DNT

Con una intensidad horaria de 20 Horas

SE EXPIDE A LOS 04 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015
MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John Jairo Tovar López
GERENTE



John Jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

VLADIMIR ALFONSO DELVALLE OROZCO identificado con CC. 9875916 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION
Tipo y Numero de Documento	NI - 822006595

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de cobertura	2026/04/16	Fecha Inicio contrato	2026/04/15
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/11/15
Riesgo	3	Código actividad económica	3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	2026/11/15		

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: CC15042026N9875916A17108552. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Ntl. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 |
Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como
Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS