Tuta, Abril de 2026

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

Ref. Propuesta Económica

Cordial saludo,

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

ACTIVIDADES PROFESIONALES Y COMPLEMENTARIOS
1. Generar y entregar cronograma mensual de actividades por EBS según formato dispuesto por el MSPS que dé cuenta de todas las acciones y actividades realizadas por los EBS durante cada periodo contratado.
2. Identificar y gestionar Canalización a través del Auxiliar, todas personas no afiliadas al sistema de salud para gestionar trámite de afiliación de manera prioritaria mediante la oficina de aseguramiento, verificado, así mismo brindar información e Inducir la demanda ante la identificación de eventos relacionados con las prioridades en salud pública (Obligatoria notificación a la ESE para activar protocolos), canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas individual/ familiar.
3. Realizar valoración individual y familiar de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa, o demás que se requieran según resolución 3280 de 2018 indicada por MSPS, Identificando las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y garantizando la cobertura y el impacto de indicadores de promoción y mantenimiento y materno perinatal, en el territorio de acuerdo con la Resolución 3280 de 2018, haciendo uso de los dispositivos biomédicos asignados al EBS.
4. Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización y valoración, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores. Cargados en formato o software (SI-APS) definido por MSPS cumpliendo con los lineamientos establecidos para generar el PICF, *garantizando la cobertura y el impacto de indicadores de promoción y mantenimiento y materno perinatal, en el territorio de acuerdo con la Resolución 3280 de 2018*.
5. Gestionar riesgo y garantizar la prestación de los *servicios de salud de acuerdo con las rutas establecidas según (Res. 3280 de 2018)* y de acuerdo con las necesidades identificadas, curso de vida y canalizaciones. Incluye elaboración completa y de calidad de historia clínica, cumplimiento en la valoración según Resolución 3280, para su perfil en Software dispuesto

por la ESE (Rocky), dando cumplimiento a los parámetros de confidencialidad, pertinencia, veracidad, completitud y consideraciones legales de la normatividad vigente. Incluye el proceso de facturación efectivo para las actividades contendías en la Resolución 3280 por curso de vida.
6. Convocar y apoyar el desarrollo de jornadas de salud en todos los entornos del territorio. Así mismo gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente (urgencia vital) a partir de lo identificado.
7. Brindar educación e información para la salud orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno y direccionar de acuerdo con la oferta institucional a otros sectores y proyectos sociales de acuerdo con la necesidad.
8. Garantizar el cargue efectivo y digitalización diariamente de los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta (SI-APS) definida el MSPS para tal fin. (Cargue del 100% de la información)
9. Participar y apoyar en el desarrollo de los espacios de participación social, comunitaria y otros para socialización de resultados de la estrategia con las comunidades atendidas en cada uno de los microterritorios abordados por el equipo, así mismo apoyar la difusión e informar a la comunidad sobre las acciones que desarrollaran los equipos a través de medios y herramientas comunicativas disponibles en cada territorio y microterritorios esta última de forma mensual).
10. Cumplir el número de visitas y metas establecidas a realizar según cronograma de actividades concertado entre ESE Puesto de Salud San Miguel de Tuta y Ministerio de Salud y Protección Social, asignadas por coordinación APS
11. Participar en las unidades de análisis y salas situacionales con la entrega de información actualizada y veraz, solicitada para el análisis por parte de EBS semanalmente.
12. Entregar informe mensual que incluya soportes en físico y digital de las acciones y actividades realizadas con diligenciamiento completo de los formatos establecidos.
13. Elaborar y entregar informe final a los que haya lugar dentro la estrategia de Atención primaria en salud para el municipio de Tuta, para la vigencia 2026.
14. Mantener los precios establecidos en la oferta que acompaña la propuesta presentada por el contratista.
15. Todas las demás indicaciones que determine la supervisión a través de la coordinación de APS o con el fin de dar cumplimiento a los convenios establecidos con el ministerio de salud, secretaria de salud territorial o secretaria de salud departamental.
16. Pagar los aportes a seguridad social integral de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) a que legalmente está obligado, acorde a los valores establecidos legalmente y anexar los soportes en cada cuenta.

Duración del contrato: Según se determine en el contrato.
Forma de pago: Pago mensual de **$ 2.650.000** pesos m/te.

Cordialmente,



NOMBRE: ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA
C.C. No. 1002369332 de BOGOTÁ D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.002.369.332**

CUBIDES PEREIRA

APELLIDOS

ROSA ELIANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1995**

BRICEÑO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-SEP-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00673380-F-1002369332-20150227 0043326011A 1 1893255700

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CUBIDES	PEREIRA	ROSA ELIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1002369332	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 30 MES 08 AÑO 1995	CARRERA 4 5 54			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOYACÁ
DEPTO	BOYACÁ	MUNICIPIO	BRICEÑO		
MUNICIPIO	BRICEÑO	TELÉFONO	3115598255	EMAIL	elii-cubides@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	2011
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	3	X		AUDITORIA EN SALUD	06	2021	1002369332
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	06	2021	1002369332
PREGRADO	8	X		ODONTOLOGIA	12	2016	

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*

5 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 CENTRO DE SALUD DE TOCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TOCA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	22	*Mes*	04	*Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 0577 2012 ODONTOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 10 0 79				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA DE TUNUNGUA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNUNGUÁ				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108823462	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año* 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR O GERENTE GENERAL DE ENTIDAD	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 2 3 31				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* CHIQUINQUIRÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7261999	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2019	*Día*	04	*Mes*	02	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGO	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 13N 18 60						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* CHIQUINQUIRÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7261999	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 13N 18 60						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* CHIQUINQUIRÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7261999	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	08	*Año* 2018	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 13N 18 60						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. CENTRO DE SALUD EDGAR ALONSO PULIDO-PAUNA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PAUNA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7253208	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	15	*Mes*	08	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGO	*DEPENDENCIA* AREAºASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 7 3 46						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E LAGO SALUD CUITIVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* CUÍTIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3219624814	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	06	*Año* 2017	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Calle 4 Carrera 4 Esquina Centro Cuítiva						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 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*					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	6	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **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

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**
rosa	**eliana**	**cubides**	**pereira**

Documento de identificación

C.C. [x] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número: 1002369332

Lugar de Nacimiento

País: colombia | Departamento: boyaca | Municipio: briceño

Lugar de domicilio

País: colombia | Departamento: boyaca | Municipio: tuta

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

Lugar de sede

País: | Departamento: | Municipio:

Dirección:

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 ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	10.000.000
Cesantías e intereses de cesantías	500.000
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	5.000.000
TOTAL	**15.500.000**

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	tuta	$ 200.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR
local de comidas rapidas	colombia	boyaca	tuta	50000000

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

CONCEPTO	SALDO
credito	$ 9.000.000

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** [x] **NO** [ ]

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
juan david luna castillo	**permanente**	1020745640

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 literal 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	
Padre	fermin		cubides	acosta	4.063.792
Madre	maria	angelica	pereira	castillo	23.366.573
Hermano(a)	roger	daniel	cubides	pereira	1.050.672.737
Hermano(a)	sharit	sofia	cubides	pereira	1.050.672.312

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:34:41 PM horas del 17/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1002369332**
Apellidos y Nombres: **CUBIDES PEREIRA ROSA ELIANA**

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

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

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

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

Volver al Inicio

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 17/04/2026 02:38:37 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1002369332** y Nombre: **ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA.**

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. **138449399** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 294532090

PIB
17:43:56

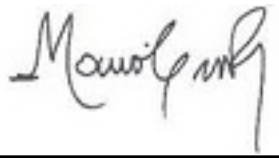
Bogotá DC, 17 de abril del 2026

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) ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002369332:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:46:11 horas del 17/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1002369332,** Apellidos y Nombres **CUBIDES PEREIRA ROSA ELIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ese san miguel de tuta**, con NIT **820003641-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 17 de abril de 2026, a las 17:46:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1002369332
Código de Verificación	1002369332260417174616

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1002369332 **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 18/04/2026 09:32 AM

Código Verificación: **LCKBQ9WZUX**

Válida hasta: **17/07/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

IPS-PROFESIONALES DE GESTIÓN INTEGRADA IPS-PGI-SAS
CRA 8 NO. 12-51 EDIFICIO GALENOS
CHIQUINQUIRÁ - BOYACÁ
CELULAR 310 303 1779 - 313 472 1113

NIT: 900615249-1
Licencia IPS No. 1070 del 17-06-2024
Código de habilitación No. 151760206301

Cra. 8 # 12 - 51, Chiquinquirá - Boyacá
e-mail: pgisas@gmail.com
www.pgisas.com Cel. 310 303 1779



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.510

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	09 MES	2024 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	CENTRO DE SALUD DE TOCA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CUBIDES PEREIRA ROSA ELIANA	FEMENINO	29 AÑOS 0 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	1002369332 (Número)
	Teléfonos: 3115598255			

Cargo
ODONTOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Médico

Firma:

Nombre: SONIA ESPERANZA SANCHEZ FIGUEROA
R. M.: 0781 **L.S.O.:** 3921 DEL 07-06-2023

Código de Seguridad: W338C1I24510

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CUBIDES PEREIRA ROSA ELIANA
CC: 1002369332

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

unicoc
Institución Universitaria Colegios de Colombia

unicoc
Colegio Odontológico

Considerando que:

Rosa Eliana Cubides Pereira

C.C. 1.002.369.332 Bogotá D.C.

Aprobó los estudios de pregrado exigidos por la Institución,
en armonia con las Leyes de la República de Colombia, le confiere el título de

Odontóloga

En testimonio de lo anterior se refrenda este diploma por las autoridades académicas

Bogotá D.C., Diciembre 21 de 2016

Presidente Consejo Directivo | Rector | Decano | Secretario General

Registro No. 11891 Folio No. 69 Libro No. 4

República de Colombia

LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional
Teniendo en cuenta que

Rosa Eliana Cubides Pereira

C.C. 1002569332 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el Título de

Especialista en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud

En constancia se firma y sella en Bogotá
El 25 de Septiembre de 2021

El Rector General

El Decano de Facultad

La Secretaria General

Registro Interno No. 1957.4228.23-09-2021

Folio 49 Libro 26

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 129-2024

DATOS DE LA ACCIÓN	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No 129 DE 2024
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGA – PROFESIONAL COMPLEMENTARIO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, PARA LA E.S.E CENTRO DE SALUD TOCA
ENTIDAD CONTRATANTE:	E.S.E CENTRO DE SALUD TOCA NIT. 820003524-6
REPRESENTANTE LEGAL:	MARIA ISABEL GOMEZ MEDINA C.C. No. 23.497.612 DE CHIQUINQUIRÁ
CONTRATISTA:	ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA C.C. 1.002.369.332 DE BOGOTA
VALOR EL CONTRATO:	DIECIOCHO MILLONES DE PESOS (18.000.000) M/CTE
PLAZO DE EJECUCION:	TRES (03) MESES CONTADOS DESDE EL ACTA DE INICIO
FECHA DE SUSCRIPCION:	01 DE OCTUBRE DE 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL APS URBANO

Entre los suscritos a saber, **Dra. MARIA ISABEL GOMEZ MEDINA,** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No 23.497.612 expedida en Chiquinquirá, Boyacá, en su calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No 031 del diecinueve (19) de marzo del dos mil veinticuatro (2024), facultada para celebrar contratos por el Acuerdo No 004 de 2014 de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Centro de Salud Toca, Entidad de Derecho Público, con NIT 820003524-6 y quien para efectos de éste se denominará **CONTRATANTE,** por una parte, y por la otra **ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA** identificada con cédula de ciudadanía No 1.002.369.332 expedida en BOGOTA quien en adelanta se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido suscribir el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES,** previas las siguientes consideraciones: **1.** Que la E.S.E Centro de Salud Toca, es una Institución Descentralizada, encargada de prestar servicios de salud a la población del municipio y el área de influencia. **2.** Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud dispone en su artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como uno de los elementos fundamentales del Estado Social de Derecho. **3.** Que las actividades a desarrollar son con exclusividad para la ejecución y cumplimiento de los deberes que como "Entidad Sanitaria y Hospitalaria" nos corresponde, en materia asistencial y misional, siendo en consecuencia necesaria la contratación de PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGA – PROFESIONAL COMPLEMENTARIO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, PARA LA E.S.E CENTRO DE SALUD TOCA y de esta manera

garantizar la continuidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud y por ende materializar el derecho constitucional de la población usuaria a no ver interrumpida la atención sanitaria y hospitalaria en ningún momento. **4.** Que mediante Resolución No 1212 del 05 de julio de 2024 el Ministerio de Salud y Protección Social *"Por medio de la cual se efectúa una asignación de recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, del rubro "Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud Ley 100 de 1993", a unas Empresas Sociales del Estado para el fortalecimiento del nivel primario, basado en la Atención Primaria en Salud, a través de la conformación y operación de equipos básicos de salud"* se asignaron recursos a la E.S.E Centro de Salud Toca. **5.** Que dentro de la mencionada Resolución No 1212 del 05 de julio de 2024, para el fortalecimiento de Atención Primaria en Salud la E.S.E debe conformar dos (02) equipos básicos de salud (EBS) ***nuevo rurales***, con un tiempo de ejecutaran de tres (03) meses. **6.** Que asimismo la Resolución 1212 de 2024, establece para el fortalecimiento de Atención Primaria en Salud la E.S.E debe conformar dos (02) equipo básico de salud (EBS) ***nuevos urbanos***, con un tiempo de ejecutaran de tres (03) meses. **7.** Que de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del art. 195 de la Ley 100 de 1993, los contratos que celebren las Empresas Sociales del Estado se regirán por las normas establecidas en el derecho privado. ***8.*** Que, el Ministerio de Salud y Protección Social, emitió mediante documento, los lineamientos para el Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, relacionados con la conformación, operación y seguimiento. **9.** Que, dentro de los lineamientos se encuentra establecido en el numeral 5.2 los perfiles que se deben cumplir para la conformación de los EBS. **10**. Que, el numeral 5.3 de los lineamientos establece la forma como deben operar los EBS los cuales deben darse estricto cumplimiento. **11.** Que el numeral 6.1.3 de los lineamientos, establece el seguimiento que debe hacer la E.S.E a la Atención Primaria en Salud. **12.** Que el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los lineamientos, establece el rango de costos de los Equipos Básicos de salud (EBS) y la asignación mensual que debe tener el talento humano contratado para la ejecución de las actividades de Atención Primaria en Salud. **13.** Que la ley 489 de 1998, en su artículo 83 establece que: "*Las empresas sociales del Estado, creadas por la Nación o por las entidades territoriales para la prestación en forma directa de servicios de salud, se sujetan al régimen previsto en la Ley 100 de 1993, la Ley 344 de 1996 y en la presente Ley en los aspectos no regulados por dichas leyes y a las normas que las complementen, sustituyan o adicionen." **14.** Que* el Decreto 1876 del 3 de enero de 1994 dispone en su artículo 2°: *"El objetivo de las Empresas Sociales del Estado será la prestación de servicio de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.".* **15.** Que existe Disponibilidad Presupuestal de 2024, expedida por la Oficina de Tesorería para poder adelantar el presente contrato. **16.** Que, de acuerdo Artículo 29 del Estatuto de Contratación de la E.S.E, se elaboró el correspondiente estudio de necesidad y conveniencia en el cual se determina la necesidad de la celebración del presente contrato y la selección del contratista se realizó previo el agotamiento del procedimiento correspondiente. **17.** Que el Contratista declara encontrarse inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS). Que, por lo antes expuesto, las partes en ejercicio del principio de autonomía de la voluntad acuerdan celebrar el presente Contrato, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO –** PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGA – PROFESIONAL COMPLEMENTARIO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 129-2024

ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, PARA LA E.S.E CENTRO DE SALUD TOCA de conformidad con lo dispuesto en los estudios previos y la propuesta presentada, y los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales hacen parte integral del presente contrato. **CLAUSULA SEGUNDA: VALOR DEL CONTRATO** - Para todos los efectos legales y fiscales el valor del presente contrato se estipula en la suma de dieciocho millones de pesos ($18.000.000) M/CTE , incluido IVA y demás impuestos, gravámenes, costos directos e indirectos. **CLAUSULA TERCERA: FORMA DE PAGO** - La E.S.E Centro de Salud Toca se compromete a pagar el valor del contrato, subordinado a las apropiaciones que del mismo se hagan del presupuesto y a los giros que haga el Ministerio de Salud y Protección social, de la siguiente manera: Mediante TRES (03) ACTAS mensuales mes vencido, cada una por valor de SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000) M/CTE, de acuerdo al informe y avance de actividades ejecutadas. Pagos que se cancelarán dentro de los diez (10) días siguientes a la presentación de la cuenta de cobro acompañada de la certificación de cumplimiento por parte del supervisor del contrato, del cumplimiento de las obligaciones con los sistemas de salud, Riesgos Laborales, de acuerdo con la normatividad vigente. **Parágrafo: Glosas** - En caso de no cumplimiento de actividades por parte de la contratista, la Entidad glosara el valor correspondiente y en proporción, según el cuadro de precios relacionado por el Ministerio en los lineamientos. Asimismo, se procederá a glosar si el Ministerio realiza glosas a las actividades con fecha antes o posterior del pago hecho por la E.S.E al Contratista respecto de las actividades aquí contratadas la E.S.E realizará glosa a la terminación del contrato. **CLAUSULA CUARTA: VIGENCIA Y PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO** - Será de TRES (03) MESES CONTADOS DESDE EL ACTA DE INICIO. **Parágrafo:** Este acuerdo se podrá terminar unilateralmente antes del plazo establecido en la presente clausula; si durante el desarrollo del mismo se expidiera normatividad alguna que reglamente la ejecución de las actividades objeto de este contrato. **CLASULA QUINTA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL** - El presente contrato se pagará con cargo a la Disponibilidad Presupuestal No 281 del 27 de septiembre de 2024, CÓDIGO No 2110202123304 RUBRO "SERVICIOS MEDICOS PARAMEDICOS Y ASISTENCIALES", del presupuesto de gastos para la actual vigencia fiscal 2024, expedida por la Tesorera de la E.S.E Centro de Salud Toca. **CLAUSULA SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA - Obligaciones Específicas. 1.** Ejecutar con plena autonomía administrativa, técnica y financiera el objeto del contrato. **2.** Actuar con alto grado de profesionalismo, responsabilidad eficacia, eficiencia durante la ejecución del contrato. **3.** Cumplir de forma eficiente y oportuna, las obligaciones que se generen con ocasión del objeto del contrato. **4.** Ejecutar las actividades de acuerdo a la propuesta presentada la cual hace parte del presente contrato. **5.** Ejecutar las actividades, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, denominado Fortalecimiento de la Gestión Territorial En APS – Equipos Básicos de Salud: conformación, operación y seguimiento del mes de enero de 2024. **6.** Ejecutar las actividades de Atención Primaria en Salud en el marco de lo establecido en las Resoluciones 1735, 1778, 1895, 2026, 2084 y 2153 de 2023. **7.** Realizar un cronograma mensual de las actividades de acuerdo a los anexos 3, 4 y 5. **8.** Tener el visto bueno por parte de la Secretaria de Salud Municipal y/o quien haga sus veces de la identificación del micro territorio donde operara el EBS. (al inicio de ejecución del contrato). **9.** Tener a su cargo durante la vigencia del contrato el número de vivienda asignadas. **10**. Ejercer las siguientes responsabilidades en los EBS: **a)** Desarrollar y fortalecer las habilidades y capacidades de los grupos familiares o no

familiares para el cuidado de sí mismo, del otro y del medio ambiente, la sana convivencia y la protección de cada uno de sus integrantes, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, personas mayores. **b)** Promover las capacidades de las personas, familias y comunidades para el ejercicio de la ciudadanía, actuando frente al reconocimiento y la exigibilidad del derecho fundamental a la salud y la participación en los espacios de decisión. **c)** Promover el mejoramiento de los ambientes físicos de la vivienda y el entorno, controlar los riesgos asociados a condiciones socioambientales desfavorables y promover los factores protectores para la salud y la calidad de vida. **d)** Identificar las condiciones de salud las personas, familias y comunidades en los micro territorios y gestionar la respuesta efectiva en salud a las diferentes modalidades de atención (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). **e)** Promover y facilitar respuestas integrales a las necesidades de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación de la oferta de los servicios sociales, conforme al contexto poblacional y acorde con el curso de vida. **f)** Desarrollar procesos educativos que faciliten a las personas elegir y adoptar prácticas favorables a la salud, prácticas de cuidado, compañía y desarrollo de vínculos afectivos y sociales positivos para el desarrollo humano. **g)** Desarrollar espacios de participación social y popular por cada vereda- barrio donde operen los equipos básicos de salud. **11**. Entregar de acuerdo al cronograma y su plan de trabajo la siguiente información: **a)** Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio. **b)** Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación. **c)** Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: - familiograma, - APGAR familiar, - escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y - Ecomapa. **d)** Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados. **e)** Formular el Plan Integral de Cuidado Primario Individual, Familiar y Comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores. **f** Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo – genero, etnia, entre otras características pertinentes y por micro territorio asignado. **g)** Gestionar la prestación de los servicios de salud *(promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos)*, de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). **h)** Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. **i)** Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud. **j)** Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. **k)** Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. **l)** Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. **m)** Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. **n)** Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin. **ñ)** Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y micro territorios

abordados por el equipo. o) entregar información en los aplicativos de MINISTERIO DE SALUD **12.** Cumplir con sus actividades dentro del promedio de familias asignadas al **EBS** de acuerdo con la dispersión así:

Tabla 1. Definición de Territorios y microterritorios en salud según dispersión y número de hogares familiares.

Dispersión poblacional		Número de hogares familiares por territorio	Número de hogares familiares por microterritorio
Dispersión alta	Más de 1:30 horas entre viviendas	240 hogares	Hasta 60 hogares
Dispersión media	Entre 31 minutos y 1:30 horas entre viviendas	400 hogares	Hasta 100 hogares
Dispersión baja	Entre 15 y 30 minutos promedio vivienda a vivienda	800 hogares	Hasta 200 hogares
Concentrado	Municipios (Cabeceras)	1.600 hogares	Hasta 300 hogares
Concentración alta	Capitales (Cabeceras) y municipios conurbados	2.000 hogares	Hasta 500 hogares

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

13. Las demás actividades que se le asignen y que sean afines con la naturaleza del objeto contractual. **Obligaciones Generales**: **1.** Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones que se puedan presentar. **2.** Utilizar la información suministrada por la E.S.E, únicamente para el fin contratado y NO para beneficio propio o de terceros, o con fines distintos a los pactados en el presente contrato durante el tiempo de ejecución o futuro. **3.** Entregar al supervisor del contrato el informe que éste requiera correspondiente a la ejecución del contrato. **4.** Estar en permanente contacto con el Supervisor designado por la E.S.E. y comunicar cualquier situación irregular y/o imprevista que se presente respecto del cumplimiento del objeto contractual. **5.** Cumplir con las demás instrucciones que, de conformidad con el objeto, le imparta el supervisor del contrato. **6.** Ejecutar fielmente y con eficiencia el objeto del contrato. **7.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, el contratista deberá dar cumplimiento a sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales. **8.** Radicar la factura o cuenta de cobro por los bienes suministrados y/o servicios prestados dentro de los plazos convenidos y con los documentos soportes requeridos para efectuar el pago correspondiente. **CLAUSULA SÉPTIMA: OBLIGACIONES DE LA E.S.E** - En virtud del presente contrato la E.S.E., se obliga a: **1.** Cancelar al contratista el valor del contrato conforme lo con lo establecido en la cláusula tercera del mismo **2.** Entregar en forma oportuna la información y documentación solicitada por el contratista necesario para la ejecución del contrato. **3.** Exigir al contratista la ejecución idónea y oportuna del objeto contractual. **4.** Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en el presente contrato y en los documentos que del mismo forman parte. **CLAUSULA OCTAVA: INHABILIDADES E INCOMPATIBLIDADES** - El contratista declara bajo la gravedad de juramento, mediante la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad consagradas en la constitución Política, Ley 80 de 1993 y demás normas aplicables. **CLAUSULA NOVENA: SUPERVISION EN LA EJECUCION DEL CONTRATO** - La supervisión del presente contrato será ejercida por la MEDICO GENERAL APS URBANO de la E.S.E Centro de Salud Toca, quien supervisará y controlará la debida ejecución del presente contrato por

parte del CONTRATISTA quien deberá desarrollar las siguientes funciones: Las que por índole y naturaleza corresponden al supervisor del contrato, entre otras: **a)** Comprobar el cumplimiento del objeto del contrato bajo las normas técnicas y de calidad que sobre la materia lo rijan. **b)** Realizar un control serio, profesional con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, tendiente a evitar dilaciones injustificadas. **c)** Certificar la prestación del servicio previa verificación del cumplimiento de las obligaciones por el contratista y objeto del contrato, cuando el caso lo amerite, para efectos de pagos. **d)** Controlar que el contratista cumpla oportunamente con las obligaciones laborales contraídas en desarrollo del contrato. **e)** Formular las recomendaciones que fueren del caso, tendientes a la debida ejecución contractual. **f)** Informar oportunamente y a las demás áreas competentes cuando se produjere incumplimiento de cualquier tipo a las obligaciones derivadas del contrato o la mala calidad de los bienes o servicios contratados. **g)** Presentar informe parcial o final de Supervisión. **h)** Solicitar las modificaciones o aclaraciones del contrato cuando a ello hubiere lugar. **i)** Avisar oportunamente a la Gerencia de las situaciones imprevistas que puedan afectar el equilibrio financiero del contrato. **j)** Impartir las órdenes y sugerencias por escrito y formular las observaciones que estime convenientes sobre el desarrollo del contrato u Orden. **k)** Llevar a cabo la gestión relacionada con la liquidación del contrato, solicitando al contratista, la documentación requerida para ello. **l)** Verificar el cumplimiento del pago de los aportes en salud y pensión por parte del contratista. **m)** Realizar las pruebas que considere necesarias para verificar que los bienes contratados cumplan con las características exigidas en el contrato. **n)** Aprobar o improbar, en los términos y con los efectos previstos en el contrato u orden los bienes y servicios que hayan sido objeto de contratación. **o)** Verificar mediante visitas o mediante el examen de los documentos que el supervisor del contrato considere pertinentes, las condiciones de ejecución de los bienes y servicios que hayan sido contratados. **p)** Controlar las etapas del objeto contractual y certificar la prestación del servicio, la entrega de bienes o la ejecución de obras contratadas, cuando el caso así lo amerite. **q)** Las demás que se requieran para procurar la debida, cumplida y oportuna ejecución del objeto contractual. r) Elaborar las liquidaciones de los contratos con la debida antelación y dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la finalización del contrato o a la expedición del acto administrativo que ordene la terminación, o a la fecha del acuerdo que la disponga. **s)** Emitir concepto técnico y recomendación oportuna a la Administración sobre la conveniencia de prórrogas, modificaciones, aclaraciones, cesiones o adiciones al contrato, cuando menos con ocho (8) días de anticipación al vencimiento del plazo y/o duración del contrato. **t)** Abstenerse bajo su exclusiva responsabilidad de permitir la iniciación de la ejecución del objeto contratado antes de la fecha indicada en el respectivo contrato sin que este reúna los requisitos de Ley. **CLAUSULA DÉCIMA: MULTAS** - Si se presenta el incumplimiento parcial por parte del contratista de las obligaciones contractuales se causara multas diarias y sucesivas a su cargo y a favor de la E.S.E., equivalentes al UNO (1%) del valor del presente contrato por cada día hábil de retardo o incumplimiento sin que el monto total de la multa exceda el diez por ciento (10%) del valor total del contrato caso en el cual se presenta el incumplimiento total del contrato por parte del contratista y se procederá por parte de la E.S.E., a exigir el pago de las multas, la cláusula penal el pago de los perjuicios a que haya lugar. **CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA: PENAL PECUNIARIA** - En caso de incumplimiento parcial o total por parte del contratista de las obligaciones que se estipulan en este contrato este pagara a la E.S.E. a título de sanción el equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del presente contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: GARANTÍAS –** El contratista

constituirá a su costo, y a favor de la E.S.E Centro de Salud Toca la garantía Única ante una compañía de seguros legalmente constituida y establecida en Colombia conforme al artículo 25 numeral 19 de la Ley 80 de 1993, y el estatuto de Contratación de la E.S.E, que amparen los siguientes riesgos. **1. Cumplimiento.** Por un monto equivalente al veinte (20%) por ciento del valor del contrato con una vigencia igual a su duración y cuatro (04) meses más. **2. De la Responsabilidad Civil Extracontractual:** Por el diez por ciento (10%) del valor total del contrato y su vigencia será igual al plazo del contrato. ***Parágrafo Primero***. El monto de las garantías se repondrá cada vez que en razón de las multas impuestas el mismo se disminuya o agote. ***Parágrafo Segundo***. En los casos en que se adicione el contrato, el Contratista deberá presentar el certificado de modificación de la garantía de conformidad con el nuevo tiempo y/o valor pactado. **CLAUSULA DÉCIMA TERCERA: INDEMNIDAD** - EL CONTRATISTA mantendrá indemne a la E.S.E Centro de Salud Toca contra todo reclamo, demanda, acción y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, que se ocasionen durante la ejecución del contrato con ocasión del mismo. **CLAUSULA DÉCIMA CUARTA: AUSENCIA DE RELACION LABORAL** - El presente contrato no genera relación laboral con EL CONTRATISTA, ni con sus socios, trabajadores o asociados; y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales, compensaciones, honorarios y de ningún tipo de emolumentos distintos al valor acordado en la cláusula segunda del presente contrato. **CLAUSULA DÉCIMA QUINTA: CESIÓN Y SUBCONTRATACIÓN** - El CONTRATISTA no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato, ni subcontratar servicios objeto del mismo a persona alguna, salvo autorización previa, expresa y escrita por parte la E.S.E Centro de Salud Toca. La E.S.E, tampoco se hace responsable de ninguna de las obligaciones emanadas de los subcontratos ni de sus resultados por el hecho de haberlos autorizado. **CLAUSULA DÉCIMA SEXTA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO - 1.** Disponibilidad presupuestal. **2.** Propuesta presentada por el contratista y los documentos adjuntos presentados con la misma, en aquellas partes aceptadas por la E.S.E. **3.** Registro presupuestal. **4.** Acta supervisión. **5.** Las actas que mediante la ejecución del contrato se redacten y firmen por las partes. **6.** Todos los demás documentos relativos al mismo (*Antecedentes Disciplinarios y Fiscales del Representante Legal, Fotocopia de la Cedula).* **CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: LIQUIDACIÓN** - Se procederá a liquidar el contrato dentro de los cuatro meses siguientes a su ejecución o acaecimiento del incumplimiento por parte del contratista. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA: REGIMEN LEGAL** - El presente contrato está sometido en un todo a la Ley Colombiana, a la jurisdicción de sus tribunales, y se rige por las disposiciones civiles y comerciales pertinentes, salvo en las materias particulares reguladas por la Ley 80 de 1993. **CLAUSULA DÉCIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE LAS CONTROVERSIAS CONTRACTUALES** - Las partes convienen que en el evento en que surja alguna diferencia entre las mismas, por razón o con ocasión del presente contrato, será resuelta a través de los mecanismos de solución de conflictos como la conciliación o el arbitramiento en la Cámara de Comercio de Tunja y de conformidad con las normas que rigen la materia. **CLAUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL** - Para todos los efectos, las partes contratantes acuerdan como domicilio la E.S.E Centro de Salud Toca (Boyacá). **CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: NOTIFICACIONES** - Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del presente Contrato deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregadas personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones indicadas a continuación:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 129-2024

LA E.S.E	EL CONTRATISTA
Nombre: LUZ ANGELA RODRIGUEZ VARGAS	Nombre: ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA
Dirección: Carrera 10 No 0-79 Toca – Boyacá	Dirección: VEREDA LA HACIENDA - TUTA
Teléfono: 3115207161	Teléfono: 3115598255
Correo electrónico: tesoreria@ese-tocaboyaca.gov.co	Correo electrónico: elii-cubides@hotmail.com

CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: **PERFECCIONAMIENTO** - El presente contrato se perfecciona con la suscripción del mismo y para su ejecución se requiere el registro presupuestal y acta de inicio. En señal de conformidad las partes suscriben el presente documento en la E.S.E Centro de Salud Toca (Boyacá), al UN (01) día del mes de OCTUBRE de dos mil veinticuatro (2024).

MARIA ISABEL GOMEZ MEDINA
Gerente

ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA
Contratista

EL SUSCRITO ALCALDE MUNICIPAL DE TUNUNGUA BOYACA

CERTIFICA:

Que la doctora **ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA,** identificada con cedula de ciudadanía No.1.002.369.332 expedida en Bogotá, laboró en la ESE Centro de Salud **"Santa Bárbara"** de esta localidad, desempeñando el cargo **GERENTE** desde el día cinco (05) de febrero de dos mil veinte (2020) hasta el día treinta y uno (31) de marzo de dos mil veinticuatro (2024), según Decreto de Nombramiento N° 007 del cinco (05) de febrero de dos mil veinte (2020).

La presente certificación laboral se expide a solicitud de la interesada a los once (11) días del mes de abril de dos mil veinticuatro (2024).

Atentamente:

ELKIN JESUS ALFONSO GIL
Alcalde Municipal

Elaborado: Yudith Ramos/secretaria despacho
Aprobado. Elkin Alfonso Gil/Alcalde

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

Nit. 820.005.389-7

CERTIFICA:

Que la Doctora, **ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA** identificado con C.C. 1.002.369.332 de Bogotá, suscribió contratos cuyo objeto fue la prestación de servicios profesionales como odontóloga dentro del plan de intervenciones colectivas (PIC) en la ESE Hospital Regional de Chiquinquirá y sus sedes anexas según contratos que se relacionan a continuación:

N° CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	HONORARIOS
20180815-011	15 DE AGOSTO DE 2018	AL 15 DE DICIEMBRE DE 2018	$ 10.000.000
20190101-040	01 DE ENERO DE 2019	AL 28 DE FEBRERO DE 2019	$ 5.376.000

La presente se expide a solicitud de la Interesada a los ocho (08) días del mes de agosto del año 2019.

Cordialmente;

AMANDA DE JESÚS BUITRAGO VALDERRAMA
Subgerente Administrativa
E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ
Asistente administrativo: Jenifer Peña

Scanned with CamScanner

Recurso Temporal
Apoyo y Gestión

RECURSO TEMPORAL
EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES
NIT N°. 900.568.443-2

CERTIFICA:

Que, **ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA**, identificada con Cédula de Ciudadanía N° 1.002.369.332, laboró en nuestra empresa usuaria E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ, desempeñando el cargo de **ODONTÓLOGA**, desde el primero (01) de Marzo de 2019 hasta el cuatro (04) de febrero de 2020, labor que desempeño mediante contrato por obra o labor.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada el 20 de abril de 2020.

Cordialmente,

Recurso Temporal
Apoyo y Gestión
NIT 900.568.443-2

EDNA VICTORIA PINEDA SANCHEZ
Coordinadora Recurso Temporal

Dirección: Carrera 9 # 65-60 oficina 202 Bogotá D.C
Correo: coordinación.esechiquinquira@gmail.com
Teléfono: 3022885443 ó 3102461766

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL
MUNDO SALUD CON PROMOCIÓN Y VIDA
NIT. 820004563

CERTIFICA QUE:

La **Dra. ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA,** identificada con C.C No. 1.002.369.332 presta sus servicios a esta empresa, como ODONTOLOGA, en la Empresa Social del Estado Edgar Alonso Pulido Solano, desde el 01 de Enero de 2018.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los trece (13) días del mes de Enero de 2018.

EDY MIREYA PINILLA QUIÑONES
Representante Legal

Edificio Tagua, oficina 204 Chiquinquirá
Telefax: 7260721 Cel 3102675727

Scanned with CamScanner

LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
LAGO SALUD CUITIVA
NIT: 826002609-0

CERTIFICA

Que la Doctora **ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA** identificada con cedula de ciudadanla N° 1.002.369.332 expedida en la ciudad de Bogotá, desempeño el cargo de odontóloga en la E.S.E LagoSalud Cuitiva desde el 12 de junio del año 2017 al 29 de diciembre del año 2017, cuyo último contrato celebrado por modalidad de Prestacion de Servicios fue el CPSP-033-2017.

Dada en el municipio de Cuítiva Boyacá, el dia 29 de diciembre del año 2017 a solicitud de la de interesada.

ADRIANA MARCELA MUNEVAR AVILA
GERENTE E.S.E LAGOSALUD CUITIVA

Elaboro: Fanny Gómez

La salud es de todos

Minsalud

COLEGIO COLOMBIANO DE ODONTOLOGOS

Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud



Rosa Eliana Cubides Pereíra

Odontólogo

C.C. 1.002.369.332

UNICOC
Bogotá, D.C.

Diploma:21/12/2016
RETHUS: 11/07/2017

Scanned with CamScanner

Esta tarjeta es un documento publico y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Es personal e intransferible.

Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Odontologos: contacto@colegiodeodontologos.org





CCO- 006307

Jairo Quintana O.

Representante Legal

Colegio Colombiano de Odontólogos

Scanned with CamScanner

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-04-18--11:16:53 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Ident
CC	1002369332	ROSA	ELIANA	CUBIDES	PERERIA	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ROSA ELIANA CUBIDES PERERIA identificado(a) con CC 1002369332 registra La siguiente información:

2026-04-18--11:16:53 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ODONTOLOGIA	2017-07-11	6611	Colegio Colombiano de Odontologos

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|BOGOTÁ, D.C.|BOGOTÁ, D.C.	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Odontología	Colegio Colombiano de Odontologos

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).

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Rosa Eliana Cubides Pereira

CC 1002369332 de Bogotá D.C

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-05-09
Fecha de vencimiento: 2027-05-09

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Rosa Eliana Cubides Pereira

CC 1002369332 de Bogotá D.C

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-05-07
Fecha de vencimiento: 2027-05-07

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Rosa Eliana Cubides Pereira

CC 1002369332 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-04-14
Fecha de vencimiento: 2028-04-14

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Rosa Eliana Cubides Pereira

CC 1002369332 de Bogotá D.C

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-04-18
Fecha de vencimiento: 2028-04-18

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Rosa Eliana Cubides Pereira

CC 1002369332 de Bogotá D.C

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-04-16
Fecha de vencimiento: 2028-04-16

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 38c52254-b122-4f6c-b384-8e738f711464

Nombres y apellidos / Full name: **ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 0 2 3 6 9 3 3 2**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **30/08/1995**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sin rango de edad	TD Adulto	Primera	20	1	2014		024L101513	PAUNA CENTRO DE SALUD EDGAR AL	alieth rodriguez caro
12 meses	Fiebre amarilla	Única	25	2	2014		J5478	PAUNA CENTRO DE SALUD EDGAR AL	alieth rodriguez caro
Sin rango de edad	TD Adulto	Segunda	6	3	2014		024L1015B	PAUNA CENTRO DE SALUD EDGAR AL	alieth rodriguez caro
Sin rango de edad	TD Adulto	Cuarta	24	6	2014		D2276	PAUNA CENTRO DE SALUD EDGAR AL	alieth rodriguez caro
Sin rango de edad	TD Adulto	Tercera	15	9	2014		024L1015C	PAUNA CENTRO DE SALUD EDGAR AL	alieth rodriguez caro
Sin rango de edad	TD Adulto	Quinta	16	8	2018		221501316A	PAUNA CENTRO DE SALUD EDGAR AL	alieth rodriguez caro
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Primera	10	5	2021	Sinovac	C202104056	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA DE TUNUNGUA	GEIDY FIORELLA SUAREZ SUAREZ
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Segunda	10	6	2021	Sinovac	202104004N	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA DE TUNUNGUA	CAMILA ANDREA TOLOSA TINJACA
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	30	9	2021		V3B351V	TUNUNGUA ESE CENTRO DE SALUD S	Camila Andrea Tolosa Tinjacá
Sin rango de edad	COVID MODERNA	Primer Refuerzo	26	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940875	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA DE TUNUNGUA	CAMILA ANDREA TOLOSA TINJACA
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	13	7	2022	PFIZER	PCA0070	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA DE TUNUNGUA	CAMILA ANDREA TOLOSA TINJACA
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	11	10	2022	Green Cross	V50222009	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA DE TUNUNGUA	CAMILA TOLOSA
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	25	5	2023		230050	ESE TUNUNGUA	YAQUELINE PINEDA
Sin rango de edad	TdaP Acelular Gestantes	Anual	15	7	2024	Sanofi Pasteur	C5987AB	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA DE TUNUNGUA	SARA CORTES

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

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

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

The Ministery of Health and Social Protection certifiesthat the informatión in this document was extractedfrom **PAIWEB**, according to the Wide **Program ofInmunization - PAI** (by its acronym in spanish: ProgramaAmpliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder ofthis document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 38c52254-b122-4f6c-b384-8e738f711464

Nombres y apellidos / Full name: **ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 0 2 3 6 9 3 3 2**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **30/08/1995**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number:

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
6 meses	Sarampión - Rubéola	Adicional	23	10	2024	Serum	0091N013A	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA	MARIA BAYONA
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	23	10	2024	Green Cross	V50524005	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA	MARIA BAYONA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema 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.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

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

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:

ROSA ELIANA CUBIDES PEREIRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.369.332**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Abril 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.

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 Rosa Eliana Cubides Pereira, identificado(a) con CC número 1002369332, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1002369332
NOMBRES Y APELLIDOS	Rosa Eliana Cubides Pereira
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	30/08/1995
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	38 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	39 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 901850501 SERVICARGO DE COLOMBIA SAS Desde 29/04/2026 - Vigente N.I.T. 901976092 CONSTRUCCIONES JP INTERNACIONAL SAS Desde 29/03/2026 Hasta 01/04/2026N.I.T. 901976037 EMBELLECIMIENTO INTERNACIONAL SAS Desde 28/02/2026 Hasta 01/03/2026N.I.T. 901976092 CONSTRUCCIONES JP INTERNACIONAL SAS Desde 09/01/2026 Hasta 09/01/2026N.I.T. 900895431 TEMPORAL ACTIVA Desde 27/01/2025 Hasta 22/04/2025

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

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 Rosa Eliana Cubides Pereira, identificado(a) con CC número 1002369332, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Generado por interfaces 18/04/2026

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141241655405

(415)7707212489984(8020) 000014124165540 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 2 3 6 9 3 3 2	3	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 2 3 6 9 3 3 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CUBIDES	PEREIRA	ROSA	ELIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
ZAQUE	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tuta 8 3 7

41. Dirección principal
CR 7 6 16

42. Correo electrónico elicubidesp@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 5 9 8 2 5 5	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-03-17 / 09:31:27PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CUBIDES PEREIRA ROSA ELIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que ROSA CUBIDES, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 1002369332, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3115598255.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 18 días de Abril del año 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Unidad de Servicio DaviPlata

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 29909407