Socorro, 07 de abril

Doctor
ROBINSON SARMIENTO GARCIA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN III NIVEL
Socorro

REFERENCIA: CONTRATACION Contratación Plan de Intervenciones Colectivas Hato 2026

La suscrita: Daniela Valentina Navarro Cala hago la siguiente propuesta para participar en las actividades a desarrollar dentro del proceso contractual de la referencia con el compromiso de firmar el contrato correspondiente al Plan de Intervenciones Colectivas Hato 2026

Declaro así mismo:

1. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete al firmante de esta carta.

2. Que ninguna entidad o persona distinta al firmante tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

3. Que conozco la información general de las actividades y condiciones a desarrollar dentro del objeto del contrato y acepto cumplir todos los requisitos en ellos exigidos. Por lo tanto, me comprometo a cumplir con las condiciones y características señaladas.

4. Que presentare los documentos requeridos para la suscripción del contrato y realizaremos los trámites para la legalización y ejecución del mismo, dentro de los plazos establecidos para el efecto. Igualmente, me comprometo a ejecutar el objeto contractual de acuerdo con los documentos que hacen parte del proceso, así como los del contrato.

5. Que conozco y acepto en un todo las leyes generales y especiales aplicables a este proceso contractual. Que estoy debidamente facultado para firmar, presentar la propuesta y suscribir el contrato que llegare a celebrarse; no me hallo incursos en cualquiera de las causales de inhabilidad o incompatibilidad establecidas en la Ley y demás normas sobre la materia y que tampoco me encuentro en alguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

6. Que la información contenida en la propuesta y los documentos que forman parte de la misma son verídicos y que asumo total responsabilidad frente a la Entidad cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes y que nos comprometemos a que toda la información y los documentos aportados a partir de la firma del acta de inicio y hasta el acta de liquidación del contrato, serán veraces y asumimos total responsabilidad frente a la Entidad cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el precitado código y demás normas concordantes.

7. Que, si se me adjudica el contrato, me comprometo a constituir las garantías requeridas y a suscribir éstas y aquél dentro de los términos señalados para ello.

8. Aporto los siguientes documentos

Valentinanavarroc.
Daniela Valentina Navarro Cala
C.C : 1101685413

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.101.685.413



Apellidos
NAVARRO CALA

Nombres
DANIELA VALENTINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.72	F

Fecha de nacimiento
08 ABR 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SOCORRO (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
12 ABR 2024, HATO

Fecha de expiración
13 ABR 2034

Firma
Valentina Navarro C

0452073122

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0452073124271O9<<<<<<<<<<
0604084F3404137COL1101685413<7
NAVARRO<CALA<<DANIELA<VALENTIN

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
NAVARRO	CALA	DANIELA VALENTINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1101685413	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ○ EXTRANJERO ○	

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 08 MES 04 AÑO 2006

PAÍS

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS DEPTO

MUNICIPIO

TELÉFONO EMAIL valentinaeilish9@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2022
										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).

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
CORPOSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1800	X		TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2024

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 MTD I.P.S				*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* HATO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3175110693	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CUIDADORA ADULTO MAYOR	*DEPENDENCIA* ATENCION Y CUIDADO DEL ADULTO						*DIRECCIÓN* CARRERA 15A N 3A 52 Piedecuesta					

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*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	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 Hato, 09 de abril 2026

valentinagavarrc.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

LOS MINISTERIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER
Y EN SU NOMBRE LA

CORPORACIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO EN SALUD

Corposalud

Personería Jurídica No. 848 de Octubre 17 de 1995

Confiere Certificado de Aptitud Ocupacional

A

Daniela Valentina Navarro Cala

Identificado (a) con C.C. *No.* 1101685413 *de* Hato

Por haber cursado y aprobado sus estudios, que lo capacitan para ejercer como

Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería

Bethy L. Valenzuela Suárez
Directora General

Gloria E. Jarnica Villabona
Directora Académica

SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER
Res. No. 1624
Fecha: 11 FEBRERO 2025
GRUPO ACREDITACIÓN EN SALUD Y SGSST

María Fernanda Gómez Gómez
Secretaria General

Anotado al Folio No. 14-880 *del Libro No.* 14 *de Certificados*
Expedido en Bucaramanga, el día 26 *del mes de* Noviembre *de* 2024

La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto Técnico Agropecuario

Hato - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según
Resolución No. 18838 del 21 de noviembre de 2011 y
Resolución aclaratoria No. 00857 del 31 de enero de 2017
Confiere a

Daniela Valentina Navarro Cala

Identificado(a) con T.I. No. 1.101.685.413 Expedida en Hato

El Título de

Bachiller Técnico Con Especialidad Agropecuaria

Por haber desarrollado las competencias de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Instituto.

María Margaret Martínez Jaya
Rectora(E)

Secretaria

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)
Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 03 Folio No. 028 Diploma No. 012

Dado en Hato, a 01 de diciembre del año 2022

Instituto Técnico Agropecuario

Hato - Santander

DANE 168344000130
INSCRIPCION 494
JORNADA MAÑANA

Acta Individual de Grado

En la ciudad de HATO a los 01 días del mes de DICIEMBRE del año 2022 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del (la)

INSTITUTO TÉCNICO AGROPECUARIO

Institución APROBADA HASTA UNDÉCIMO GRADO en el nivel de Educación Media TÉCNICA y RECONOCIDA OFICIALMENTE POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad TÉCNICA, según RESOLUCIÓN No. 18838 DEL 21 DE NOVIEMBRE DE 2011 Y RESOLUCIÓN ACLARATORIA No. 00857 DEL 31 DE ENERO DE 2017

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media TÉCNICA Llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER TÉCNICO CON ESPECIALIDAD AGROPECUARIA

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

T.I. No. 1.101.685.413 DE HATO

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 038 de fecha DICIEMBRE 01 DE 2022 que consta de 18 estudiantes, y que comienza con el nombre de BARRIOS AMOROCHO ZARETH LILIANA y cierra con el nombre de VESGA VEGA WILMER ALONSO

Firmada y sellada por MARÍA NASSARET MARTÍNEZ DURÁN Rectora(E) y por SANDRA LILIANA AMOROCHO GUTIERREZ Secretaria

Dada en HATO a los 01 del mes de DICIEMBRE del año 2022

Firmada y Sellada

Rectora(E)

María Nassaret Martínez Durán

C.C. No. 37.945.026 de SOCORRO

Secretaria

C.C. No. 28.185.298 de HATO

DIPLOMA No. 12

REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerios de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional
Secretaria de Educación del Departamento de Santander

Corposalud
CORPORACIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO EN SALUD

Personería Jurídica N° 848 de 1995

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION N° 369-880

En la Ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, siendo las siete (7:00) p:m del día 26 de noviembre del año 2024, y bajo la Dirección General de la Doctora BETHY ZORAIDA VALENZUELA SUAREZ, la Dirección Académica Enfermera GLORIA ESPERANZA GARNICA VILLABONA, y como Secretaria General MARIA FERNANDA GOMEZ GOMEZ, se reunió en sesión solemne el Consejo Directivo de la Corporación Educativa para el Trabajo y el Desarrollo Humano en Salud - CORPOSALUD, quien actuando en nombre de los Ministerios de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional y la Secretaría de Educación del Departamento de Santander, conforme lo expresa la Resolución N° 00-20909 del día 20 del mes de Diciembre del año 2018, y considerando que **Daniela Valentina Navarro Cala**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía N° 1101685413 expedida en HATO, dio cumplimiento a los requisitos legales exigidos en el Manual de Convivencia y Reglamento Pedagógico de CORPOSALUD, aprueba y ordena se expida el **ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION No. 369-880,** anotada en el Libro N° 14, Folio N° 14-880, por medio de la cual se le otorga el certificado que lo (a) acredita como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** con una intensidad de mil seiscientas ochenta y siete (1687) horas.

En ceremonia privada expresó mediante juramento su compromiso de ejercer su ocupación con responsabilidad, ética y honradez de conformidad con la Constitución y las Leyes de la República de Colombia, a llevar con dignidad el nombre de CORPOSALUD en su vida laboral y a ser un ejemplo en la calidad del servicio que prestará en su ejercicio ocupacional, considerando siempre La salud como un Compromiso Humano.

Para constancia se extiende y se firma la presente Acta hoy 26 de noviembre de 2024, válida para todos los efectos correspondientes.

Bethy Z. Valenzuela Suárez
Directora General

Gloria Esperanza Garnica V.
Directora Académica

Maria Fernanda Gomez Gomez
Secretaria General

Hay un sello seco con el logo de CORPOSALUD

Resultado General -2025-02-20--6:11:38 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1101685413	DANIELA	VALENTINA	NAVARRO	CALA	Vigente	Ver

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) DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA identificado(a) con CC 1101685413 registra La siguiente información:

2025-02-20--6:11:38 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2025-02-11	1624	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).

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: Daniela Valentina
Apellidos: Navallo Cala
Documento de identidad: CC CE PA CD SC PE PPT DE
Número de documento: 1101685413
Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 04 Año 2006

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	9-5-20		Viviana Alarcón Vacunación
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	23-8-2021	Pfizer	FD7222	HMB Nodo Hato	Liliana Duncan Ramos	1097470096
	2	17-11-2021	Pfizer	FJ1966	HMB Nodo Hato	Diana Orozco Cala	28185339
	3	23-08-22	Pfizer	28107PA	HMB Nodo Hato	Diana Orozco Cala	28185339



IPS Cajasan
Ciudadela Real de Minas
Diagonal 16 #59 - 56
Télefono: 607 643 4444
Ext: 4720 - 4739
Cel: 300 302 5431 - 301 200 6732

IPS Cajasan
Barrancabermeja
Calle 57 #27 - 15, barrio Galán
Télefono: 607 643 4444
Ext: 4809 - 4804
Celular: 301 791 6344

CIS Cajasan San Gil
Centro Comercial El Puente, local 116
Télefono: 607 643 4444
Ext: 4806
Celular: 317 664 7871

@cajasan @cajasansantander cajasan1 www.cajasan.com

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombres: Daniela Valentina

Apellidos: Navarro Cala

Documentos de Identidad C.C. T.I. P.A. 1106[illegible]

Fecha de Nacimiento: [illegible] 04 2006

cajasan

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Triple Viral	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico-Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Meningococo	1			
Dipta	1	19-10-23	[illegible]	cajasan [illegible]
Hepatitis A	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	19-10-23	03[illegible]	cajasan SAN GIL
	2	28-11-23	0342[illegible]	[illegible]
	3	25-09-24	03[illegible]	cajasan SAN GIL
	Ref.			
Varicela	1	28-11-23	X0090[illegible]	cajasan SAN GIL
	2			
Herpes Zoster	Única			
Influenza Estacional	Anual			
Fiebre Tifoidea	1			
	2			
Otra				

Escaneado con CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141245232002

(415)7707212489984(8020) 000014124523200 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 1 6 8 5 4 1 3	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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 1 0 1 6 8 5 4 1 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Hato 3 4 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NAVARRO	CALA	DANIELA	VALENTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Hato 3 4 4

41. Dirección principal: CL 5 # 5 - 44 CA

42. Correo electrónico: valentinaeilish9@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
6 8 3 5 7 1	3 2 2 9 0 4 0 9 8 6	

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 9 9	2 0 2 4 0 9 2 0						

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
5																									

53. Código 5 - Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

EN TRAMITE DOCUMENTO SIN COSTO

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	07/ 04 /2026

Nombres y apellidos completos			
Primer nombré	Segundo nombré	Primer apellido	Segundo apellido
DANIELA	VALENTINA	NAVARRO	CALA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1101685413

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SOCORRO

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	HATO

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	HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL - SOCORRO SANTANDER

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SOCORRO

Dirección	[carrera 16 No. 9-53 Socorro
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación, procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto 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

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	1.000.000
Cesantías e intereses de cesantías	0
Gastos de representación	$0
Arriendos	0
Honorarios	0
Otros ingresos y rentas	0
TOTAL	1.000.000

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	BANCOLOMBIA	0

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación, procedo a publica y divulga proactivamente el registro de la información que puede sea susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañerío(a) permanente, pacientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañerío(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañía permanente son susceptibles de Genera una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombré	Segundo nombré	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañerío(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de genera una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación, presento la información de los pacientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de genera conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congíesistas deben registra sus pacientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de genera conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

He tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, directo, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, directo, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjería), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me Representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generase a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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, 10/04/2026 08:19:59 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1101685413** y Nombre: **DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA.**

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. **138022287** . 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

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 08:23:41 PM horas del 10/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1101685413**

Apellidos y Nombres: **NAVARRO CALA DANIELA VALENTINA**

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.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 294156771

PIB
20:28:43

Bogotá DC, 10 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) DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1101685413:

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.

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 10 de abril de 2026, a las 20:32:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1101685413
Código de Verificación	1101685413260410203239

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

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 20:39:36 horas del 10/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1101585413,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital regional manuela beltran** , con NIT **900190045-1** 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

TIC

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 1101685413 **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 10/04/2026 08:48 PM

Código Verificación: **8ZFYMQCA56**

Válida hasta: **10/07/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DECLARACIÓN JURAMAMENTADA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía número 1101685413, expedida en SOCORRO, de profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA, manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de intereses, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo como contratista, a informar cualquier conflicto que pueda llegar a comprometer la estabilidad económica y de cualquier índole de esta entidad, por lo anterior, declaro no encontrarme incurso en situación de conflicto de interés, inhabilidad e incompatibilidad.

Así mismo declaro, que apoyo la acción del estado colombiano y de la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN, para fortalecer la transparencia, así mismo, no ofrecer dadivas, sobornos, o cualquier forma de alago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la entidad contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o terceros, tampoco a efectuar acuerdos, o realizar actos y conductas que tengan por objeto o efecto la oclusión en el proceso de contratación, revelar información sobre el proceso de contratación que solicite los organismos de control de la República de Colombia y finalmente, conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de los anterior, firmo:

Valentinanavarroc.
DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

C.C. 1101685413 De Socorro

efisalud
LICENCIAS DE CONDUCCIÓN
SERVICIOS MÉDICOS Y LABORATORIO CLÍNICO

Certificado Médico Ocupacional

Código: MP-P01-R01
Versión: 06
Fecha: 26-Mar-2026



Tipo de evaluación médica ocupacional	INGRESO
Énfasis	
Fecha de realización	2026-04-11
Ciudad	BUCARAMANGA

Datos de la Empresa

Razón Social:	PARTICULAR...
Nit:	0

Datos del trabajador / Aspirante

Nombres y Apellidos:	DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA	**Fecha Nacimiento:**	2006-04-08	**Edad:**	20
Tipo de documento:	CC	**No de documento:**	1101685413	**Sexo:**	F
Cargo:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				

Exámenes Realizados

HISTORIA CLINICA (TELECONSULTA), SERVICIOS EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TELECONSULTA

Concepto médico ocupacional

APTO SIN LIMITACIONES,

Restricciones y recomendaciones medico laborales

Recomendaciones de Salud

USO DE EPP+ADECUADO MANEJO DE CARGAS Y POSTURAS+INMUNIZACIONES AL DIA+CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD+CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL

Observaciones

RECUERDE QUE COMO TRABAJADOR Y DE ACUERDO CON EL DECRETO 1072/2015 USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE: PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD

Ingreso a programas de vigilancia epidemiológico

Por medio del presente documento, doy mi consentimiento informado para la realización de exámenes médicos ocupacionales, necesarios para evaluar mi estado de salud en relación con las actividades laborales que desempeño. Reconozco y acepto que dichos exámenes pueden comprender pruebas físicas, análisis de laboratorio, evaluaciones auditivas y visuales, así como cualquier otro procedimiento pertinente, los cuales me han sido explicados y comprendo plenamente. He tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos asociados con dichos exámenes, tras recibir la debida asesoría. Asimismo, otorgo mi expresa autorización a la empresa EFISALUD SAS y a los profesionales de la salud designados por la misma, para el tratamiento de mis datos personales. Dichos datos serán recolectados, almacenados, utilizados y, si es necesario, transferidos, conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Resolución 2346 de 2007 y demás normativas pertinentes, así como de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de EFISALUD SAS. Declaro haber sido informado de manera clara y comprensible sobre la finalidad, alcance y consecuencias del tratamiento de mis datos personales, así como sobre mis derechos como titular de los mismos, incluyendo el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición que me asisten según la legislación aplicable.

Médico

Dr. Fredy R. Herrera H.
Espec. en Salud Ocupacional
Lic. S.O. 08015/ 2021

FREDY RAUL HERRERA HERNANDEZ
RM 91259794

Aspirante o trabajador

Valentina Navarro C

CC // 1101685413

República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCION	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCION NÚMERO - 08015 DE

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARÍO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **FREDY RAUL HERRERA HERNANDEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91259794 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 5827 de 01 de Junio del 2011 de la Secretaria de Salud de Alcaldia Mayor de Bogota D.C. y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **FREDY RAUL HERRERA HERNANDEZ.** - MEDICO Y CIRUJANO -. ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 91259794, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bucaramanga a los 18 JUN 2021

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Luis Felipe Tarazona V. – Director Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Hernández G. – Coordinador Grupo de Acreditación en Salud y SOG
Proyectó: Helena Gordillo O. – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN	Cod.: GIM-FO-46	Versión: 03
		Fecha: 15/04/2020	Página 1 de 1
	AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD		

CIUDAD :	Hato	FECHA	10	04	2026

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL ESTUDIANTE, AFILIADO O TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Navarro	Cala	Daniela Valentina	1101685413

SEXO	F [x]	M [ ]	EDAD (años)		ESTADO CIVIL	Casado [ ]	Soltero [x]	U. Libre [ ]	Separado [ ]
EPS	Nueva EPS		AFP	Porvenir			ARL	Positiva	
Cargo	Auxiliar De Enfermeria		Dependencia						

Relacione su lugar de procedencia o residencia en los ultimos 15 dias

Actualmente o en el pasado ha presentado alguna enfermedad o algun sintoma de los relacionados a continuación:

Enfermedad o Sintomas	SI	NO	observación, aclaración, tratamiento actual con
Trastorno Osteomuscular Dolor de cuello, espalda, lumbar, brazos, piernas, dormimiento de las manos, calambres.		x	
Trastornos del equilibrio: Mareo, vértigo, debilidad, ruido en oidos:		x	
Trastornos del sueño: insomnio, somnolencia , cansancio fatiga permanenete.		x	
Enfermedad infecciosa: fiebre y/o diarrea a repetición:		x	
Trastorno auditivo: perdida devaudicion, tinitus,		x	
Trastorno visual. Fatiga o cansancio visual, uso de gafas		x	
Trastrorno de la piel: resequedad, descamacion fisuras, heridas, perdida huella dactilar.		x	
Trastorno respiratorio: asma, epoc, sensacion de ahogo con pequeños esfuerzos		x	
Trastorno neurologico: migraña, dolor de cabeza frecuente, convulsiones, desmayo.		x	
Trastorno Digestivo: gastritis, colon irritable, estreñimiento, dolor, llenura o distencion abdominal persistente.		x	
Trastorno del estado de animo: tristeza melancolia, inquietud, irritabilidad		x	
Trastrorno endocrino o inmunologico: Diabetes, hipoglicemia, baja de las defensas, inmunosupresion, anemia.		x	
Consumo de medicamentos que afectan Órganos de los sentidos, capacidad de reacción, vigilia o función neuromuscular, inmunologica (Ej: loratadina, corticoide-prednisona, alprazolan)		x	
Ha tenido dificultades o conflictos generados por la ingesta de alcohol		x	
Ha requerido hospitalización en el ultimo año, porque?		x	
¿Durante el último año ha sido incapacitado? Porqué?		x	
¿Cuantos días de incapacidad médica?		x	
¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?		x	
¿Usted en los ultimos 15 dias ha presentado: fiebre mayor a 38°, tos, dolor de garganta, fatiga o dificultad para respirar ?		x	
¿Usted en los ultimos 15 dias ha estado en contacto o contacto estrecho con una persona sospechosa o confirmada por infeccion respiratoria aguda, asociada a COVID 19 ?		x	
¿Usted en los ultimos 15 dias ha estado en espacio confinado?		x	

Certifico que la información consignada en éste reporte es veridica y que en éste momento no padezco ninguna condición fisica o emocional conocida por mi que pueda afectar mi desempeño durante la realizacion de mis actividades o que pueda generar riesgo para mis compañeros, así mismo me comprometo a informar cualquier cambio en mi condicion de salud (especialmente en los ultimos 15 dias, si presento: fiebre, tos, ahogo) y a reportar cualquier condicion de riesgo que detecte en mi entorno en el cual estaré involucrado. en constancia firmo.

SUGERENCIAS, OBSERVACIONES ACLARACIONES Y/O RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE SALUD O PARA EL MEJORAMIENTO DE ESTAS.

Paciente en calidad de contratista, sin antecedentes patologicos previos, es apta para realizar actividades en servicios propios a auxiliar de enfermeria acordes al PEC

FIRMAS

Firma	Rosibel Sandoval Prada
C.C	Firma Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
NOMBRE: Leonardo Aguilar Galvis	NOMBRE: Jenny Johana Celis Rivera	NOMBRE: Angelica María Rueda Jimenez
CARGO: lider SG SST	CARGO:Profesional Talento humano	CARGO: Asesora de Calidad
FECHA:	FECHA:	FECHA:

Control de cambio: Versión 01 CSST 019

versión 02 ajustes por pandemia COVID 19

Revisar este formato con la Dra Rosibel ella lo debe firmar.

ACTA DE LIQUIDACIÓN

Contrato No. 123 de 2025

Contrato de Prestación de Servicios	No 123 - 2025
Objeto	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN SALUD PUBLICA (PIC) 2025, DE ACUERDO CON EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO. 001-2025, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN Y EL MUNICIPIO DE HATO, SANTANDER**
Contratista	DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA
C.C	**No 1.101.685.413 expedida en Hato**
Valor del contrato	**QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE ($15.400.000)**
C.D.P	274 -2025
R.P	354 -2025
Póliza No. (entidad que la expide)	NO APLICA
Plazo inicial	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO HASTA EL OCHO (08) DE DICIEMBRE DE 2025
Fecha de inicio	NUEVE (9) MAYO DE 2025
Otrosí No. x y fecha	NO APLICA
Fecha de terminación	08 DICIEMBRE DE 2025
Supervisor (a)	DANNY YOLEIBY LEON CARREÑO Profesional Especializada Salud Publica

Entre los suscritos a saber **ROBINSON SARMIENTO GARCIA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 91.494.126 expedida en Bucaramanga (Santander), obrando como Representante Legal de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN**, con NIT. 900.190.045.1, nombrado mediante Decreto Departamental No. 0374 de fecha 22 de marzo de 2024, y Acta de posesión No. 015 del 01 de abril de 2024, quien se denominará **EL CONTRATANTE**, y por la otra, DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA , mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía número **No 1.101.685.413 expedida en Hato** quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir la presente acta de LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO del Contrato de Prestación **de Servicios No. 123 - 25**; de conformidad con las

siguientes consideraciones:

PRIMERA: Que el objeto del contrato se estipuló así: **: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN SALUD PUBLICA (PIC) 2025, DE ACUERDO CON EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO. 001-2025, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN Y EL MUNICIPIO DE HATO, SANTANDER.**:

SEGUNDO: Que el valor inicial del contrato se estimó en la suma de **QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE ($15.400.000) incluido IVA.**

TERCERA: Que se estableció como plazo inicial de ejecución del contrato DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO HASTA EL OCHO (08) DE DICIEMBRE DE 2025

CUARTA: El contrato no presento modificaciones

QUINTA: Que, de acuerdo con lo establecido en el contrato, la supervisión del contrato fue realizada por **DANNY YOLEIBY LEON CARREÑO, Profesional Especializada Salud Publica** quien autorizó los pagos acordados y certificó que el contratista cumplió con las obligaciones establecidas en el contrato sobre el cumplimiento del pago a los sistemas de seguridad social (salud, riesgos laborales, pensiones) y aportes parafiscales (Caja de compensación Familiar, Instituto de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA) y/o aquellos que legalmente llegaren a aplicar. **SEXTA**: Que el contratista cumplió el desarrollo del objeto y las obligaciones contractuales de acuerdo con lo establecido en los términos del informe final que sustenta la presente liquidación.

De conformidad con lo anterior, las partes contratantes,

ACUERDAN:

CLÁUSULA PRIMERA: Liquidar por mutuo acuerdo del Contrato No. 123 de 2025 el cual presenta el siguiente estado financiero:

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Resumen Financiero

VALOR INICIAL CONTRATO	$ 15.400.000
VALOR ADICIÓN No 1	$ 0
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$ 15.400.000
VALOR PAGADO (DEL 1 AL 08 DE DICIEMBRE 2025)	$ 587.000
VALOR TOTAL EJECUTADO	$ 15.400.000
VALOR PARA LIBERAR	$ 0,00

CLÁUSULA SEGUNDA: Las partes se declaran a PAZ Y SALVO por todo concepto relacionado con el desarrollo del contrato, que se liquida mediante el presente documento.

CLÁUSULA TERCERA: Teniendo en cuenta que el contratista no presenta observación o reparo alguno a los términos de la presente acta, renuncia expresamente a efectuar futuras reclamaciones judiciales o

extrajudiciales provenientes de la ejecución y liquidación del contrato.

CLÁUSULA CUARTA: El ordenador del gasto suscribe el acta de liquidación, entendiendo que el Supervisor con su firma certifica que ha verificado previamente el cumplimiento de las obligaciones pactadas por parte del contratista, por lo que se ampara en el precepto constitucional del artículo 83 de la Constitución Política, que indica: *"Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas".*

CLÁUSULA QUINTA: Los soportes documentales del proceso contractual como son: minuta del contrato, Certificado de Disponibilidad Presupuestal, Certificado del Registro Presupuestal, Póliza de Cumplimiento aprobada, Certificaciones de cumplimiento a satisfacción del objeto contractual, Certificaciones de paz y salvo de aportes parafiscales y de seguridad social, cuentas de cobro o facturas, informes de supervisión y/o aquellos otros que aplicaren, según cada caso, se encuentran en el acervo documental del contrato.

La presente Liquidación del Contrato No.123 de 2025 se perfecciona con la firma de las partes.

Para constancia se firma por las partes en Socorro (Santander) a los dieciséis (16) dias del mes de **Diciembre de 2025**

DANNY YOLEIBY LEON CARREÑO
Profesional Especializada Salud Publica
SUPERVISOR

ValentinaNavarroC.
DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA
C.C. No 1.101.685.413 expedida en Hato
CONTRATISTA

ROBINSON SARMIENTO GARCÍA
Gerente Hospital Regional Manuela Beltrán
Ordenador del Gasto

Reviso: Danny Yoleiby León Carreño - Supervisora
***Proyectó:** Carmen Rueda Solano – Contratista – Departamento de Enfermería*

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA identificado(a) con CC 1101685413 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 05/02/2026

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SUBSIDIADO-PUESTO DE SALUD DEL HATO**

Categoría: **SISBEN_2**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 10 días del mes 4 del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

porvenir
sólo hay uno

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:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.101.685.413**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán
II Nivel. El Socorro - Santander

FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE-SARLAFT/PADM

MACROPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO

PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO

CÓDIGO xxxx
VERSIÓN xxx

E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán II Nivel. El Socorro - Santander	**ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO**	**Cód.: GJ-FO-21** / **Versión: 02**
		Fecha: 05/12/2025 / **Página 1 de 1**
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE-SARLAFT/PADM SUBPROCESO CONOCIMIENTO, ACTUALIZACION Y REPORTE DE PROVEEDORES Y TRABAJADORES PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO MACROPROCESO ESTRATÉGICO	

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO				DEPARTAMENTO	Santander	CIUDAD	Hato

CLASE DE VINCULACIÓN					
Cliente		Proveedor		Colaborador	

DATOS PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DANIELA	VALENTINA	NAVARRO	CALA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
X	C.E.	T.I.	OTRO	1.101.685.413	HATO	12/04/2024

FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN U OFICIO	TELÉFONO CELULAR
8/04/2006	SOCORRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	3229040986

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CALLE 5#5-44

FECHA CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (DD/MM/AAAA)		DIA	MES	AÑO
TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS		TOTAL PATRIMONIO	
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		OTROS INGRESOS MENSUALES	
ESTADO CIVIL	SOLTERA	CORREO ELECTRÓNICO	valentinaeilish9@gmail.com		

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:						
¿Maneja recursos públicos?	SI	X	¿Tiene reconocimiento público?	SI	X
¿Ejerce algún grado de poder público?	SI	X	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?	SI	X
Parenteso		Nombre		Cargo	
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?				SI	X

DATOS PERSONA JURÍDICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	DV

TIPO DE EMPRESA			SECTOR DE LA ECONOMÍA	CIIU
PÚBLICA	PRIVADA	MIXTA		

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	TELÉFONO (S)

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA	DIA	MES	AÑO

TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS	TOTAL PATRIMONIO	TIENE SUCURSALES	
			SI	NO

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN					No. IDENTIFICACIÓN
C.C.	C.E.	T.I.	OTRO	CUÁL	

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.

Nombre Completo	Tipo ID	Número ID	Participacion Accionaria (%)	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o maneja Recursos Públicos? Marque SI o NO y especifique.

E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán
Nivel II Socorro - Santander

FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE-SARLAFT/PADM

MACROPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO

PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO

CÓDIGO xxxx
VERSIÓN xxx

ELABORO/MODIFICO		REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE			
CARGO			
FECHA			

Según el Decreto 830 de 2021, ¿usted como persona expuesta políticamente – PEP ya se encuentra registrado en el SIGEP del Departamento Administrativo de la Función Pública?	SI	NO

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera?	SI	X	CUÁL
¿Posee productos Financieros en el Exterior?	SI	NO	CUÁL

PRODUCTO	NÚMERO PRODUCTO	MONEDA	MONTO	ENTIDAD	CIUDAD	PAÍS

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente, o antes si se modifica por lo menos un campo de informacion, en especial informacion financiera o si es juzgado por un delito. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a delitos fuente relacionados con Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo o Financiacion de la proliferacion de Armas de Destruccion Masiva - LA/FT/FPADM, Corrupcion, Opacidad, Fraude, Soborno o el apoyo a actividades terroristas.

Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos fuente relacionados con LA/FT/FPADM, o la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico, soborno, fraude, opacidad o corrupción.

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos:

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

Los datos personales solicitados en el presente formato de conocimiento del cliente - SARLAFT/PADM son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiacion de la Proliferacion de Armas de Destruccion Masiva - LA/FT/FPADM.

Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.

Capital Salud EPS podrá terminar unilateral e inmediatamente el vínculo contractual, al proveedor o colaborador, cuando:

* Aparezcan vinculados y juzgados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación o delito relacionado con LA/FT/FPADM y sus delitos fuente; ademas por testaferrato, corrupcion, opacidad, fraude o soborno.

* Sean incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la C.E. 009 de 2016, C.E. 5-5 de 2021 - SARLAFT/PADM de la Superintendencia Nacional de Salud.

* Sean condenados por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiacion de la Proliferacion de Armas de Destruccion Masiva – LA/FT/FPADM, corrupcion, opacidad, fraude o soborno descritos en el Código Penal Colombiano.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es veraz y exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los_____días del mes de_____del año_____, en la ciudad de_____	Valentina Navarro C. FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL	 HUELLA ÍNDICE DERECHO

Todos los espacios del formato deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No Aplica).

ELABORO/MODIFICO		REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE			
CARGO			
FECHA			

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con C.C. 1101685413

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ESTRATEGIAS INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAMI)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de marzo del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con C.C. 1101685413

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de marzo del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con C.C. 1101685413

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA

VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de marzo del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con C.C. 1101685413

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN HUMANIZACION Y CALIDAD

EN SERVICIOS DE SALUD

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de marzo del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con C.C. 1101685413

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de marzo del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con C.C. 1101685413

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO
SOPORTE VITAL BASICO (BLS

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de marzo del año 2025
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con C.C. 1101685413

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO EN SERVICIOS DE SALUD

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de marzo del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con C.C. 1101685413

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DEL CONFICTO ARMADO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de marzo del año 2025
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con C.C. 1101685413

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN LACTANCIA MATERNA

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de marzo del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con C.C. 1101685413

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN REALIZACION DE EXAMEN CLINICO DE LA MAMA

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de marzo del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con C.C. 1101685413

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN CUIDADOS PALIATIVOS

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de marzo del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

C.C. [illegible]

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 05 de marzo 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 766955080206

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

C.C 1.101.685.413

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 05 de marzo 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Codigo: 76595508000

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

C.C 1.101.685.413

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 04 de marzo 2025

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 765955110000

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

C.C. [illegible]

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 05 de marzo 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765956080206

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

C.C 1.101.685.413

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 05 de marzo 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765955080000


Fundamentos Generales


Talento Humano


Direccionamiento estratégico


Gestión con valores para resultados


Evaluación de resultados


Información y comunicación


Gestión del conocimiento


Control interno

468c6835-be07-4f0b-bc1c-81e931f760a4

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

daniela valentina navarro cala

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

14 de abril de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=468c6835-be07-4f0b-bc1c-81e931f760a4

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1101685413

Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-04-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DANIELA VALENTINA NAVARRO CALA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1101685413

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA (AIEPI CLINICO) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-04-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD