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
ORTIZ	LOSADA	RUFFO SERVANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 93134201	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 000794 RES. 3174/07 D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	
FECHA DIA 23 MES 04 AÑO 1980		CARRERA 34B 23 47 SUR CASA MANZANARES V ETAPA	
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA
DEPTO	HUILA	DEPTO	HUILA
MUNICIPIO	PALERMO	MUNICIPIO	NEIVA
		TELÉFONO	3173994472
		EMAIL	psicologoruffoortiz@gmail.com

2 FORMACION ACADEMICA

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	11	AÑO	1997

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	2	X		ESPECIALIZACION EN GESTION DE PROCESOS PSICOSOCIALES	10	2018	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	12	2010	T.P. 119743 COLPSIC

3 EDUCACION 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
INGLÉS	X				X		X		

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 CARMEN EMILIA OSPINA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*	27	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* EQUIPOS PAPSIVI					*DIRECCIÓN* CARRERA 22 0 0 CON CALLE 26 SUR					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD I.P.S. SALUD VITAL DEL HUILA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8758565	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	12	*Año* 2022	*Día*	10	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGO CERTIFICADOR DE PERS	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 7A 17A 25					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE NEIVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGO CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 9 74						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE HUILA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8701983	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 5B 36						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE HUILA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8701980	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	***DEPENDENCIA*** APOYO EN SALUD PUBLICA					***DIRECCIÓN*** CARRERA 20 5B 36						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORCULDES. NUESTRAS HUELLAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* YAGUARÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3142912910	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	02	*Mes*	08	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ASISTENCIAL PSICOLOGO	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 7 3 13 Apto 103						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE HUILA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	09	*Mes*	10	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 5B 36						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE HUILA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	03	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 5B 36						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE HUILA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8701980	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 5B 36						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE HUILA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8701980	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 5B 36						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE HUILA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8701980	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	07	*Año* 2017	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 5B 36						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE HUILA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8701980	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	04	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 5B 36						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIADO DIOCESANO DE PASTORAL SOCIAL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8602959	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	09	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SOCIAL COMUNITARIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 13N 2 31					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COMFAMILIAR HUILA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0000000000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INNOVACION SOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 11N 5 63					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION EL RENACER DE ANDRES DAVID			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2011	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SOCIAL COMUNITARIA					*DIRECCIÓN* CALLE 13N 7 36					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PALERMO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8784011	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2011	*Día*	01	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DESARROLLO SOCIAL Y GOBIERNO					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 8 54					

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	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 Neiva, 31 de julio de 2025

Ruffo Servando Orozco Lozada

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

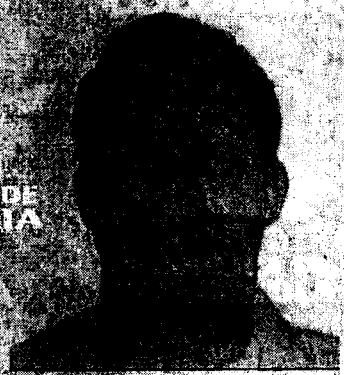
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **93.134.201**

ORTIZ LOSADA
APELLIDOS

RUFFO SERVANDO
NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1980**

PALERMO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-JUN-1998 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1900100-00190348-M-0093134201-20091024 **0017454247A 1** **6670035176**

Colegio Colombiano
de Psicólogos

Tarjeta Profesional de Psicólogo

Ley 1090

RUFFO SERVANDO ORTÍZ LOSADA

c.c. 93.134.201

La presente Tarjeta Profesional de Psicólogo se expide en consonancia con lo dispuesto por los Artículos 6° y 12° de la Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006 y es requisito para ejercer la profesión de psicólogo en la República de Colombia

El suscrito Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic,

HACE CONSTAR:

Que **RUFFO SERVANDO ORTÍZ LOSADA**, identificado(a) con documento de identidad No. CC **93134201** obtuvo su Tarjeta Profesional de Psicólogo No. 119743 expedida el 09/03/11, por este Colegio al tenor de lo dispuesto en los Artículos No. 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006.

Que de acuerdo con el artículo No. 6 de la Ley 1090 de 2006, el(la) portador(a) de la Tarjeta Profesional, está habilitado(a) para el ejercicio profesional de la Psicología en todo el territorio nacional. Este documento es de carácter vitalicio, por tanto, su vigencia es permanente.

Esta constancia se expide sin borrones ni enmendaduras el 31 de julio de 2025.

Nota: De acuerdo con el parágrafo del artículo 6 de la Ley 1090 de 2006, el cual señala: "Las tarjetas profesionales, inscripciones o registros expedidas a psicólogos por las Secretarías de Salud de los diferentes departamentos, distritos o municipios del país u otra autoridad competente, con anterioridad a la vigencia de la presente ley, conservarán su validez y se presumen auténticas", la experiencia profesional para los psicólogos graduados antes de la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) se contabilizará desde el momento en que el profesional realizó el respectivo registro, tal como lo ordenaba el artículo 3º de la derogada Ley 58 de 1983. La experiencia profesional para los psicólogos graduados desde la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) o antes y que no hayan expedido su registro como lo ordenaba la Ley 58 de 1983 se contabilizará desde el momento en que expidió la Tarjeta Profesional con el Colegio Colombiano de Psicólogos.

Cordialmente,

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA

Presidente del Consejo Directivo Nacional

w9ZsRbtwPWfnNNrTMQnI
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **RUFFO SERVANDO ORTÍZ LOSADA**, con documento de identificación N° **93134201**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 31 de julio de 2025.

DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO
Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontólogicos y Bioéticos de Psicología

qQygvbCUGn8xLaNR0mzz
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
REPÚBLICA DE COLOMBIA

RESERVISTA DE HONOR
(LEY 14 DE 1990)

APELLIDOS

ORTIZ LOSADA

NOMBRES

RUFFO SERVANDO

SI

C.C.: 93134201

RES. 3174-09/08/2007

3/30/2007



V00008550

Nº. 000794

ESTE DOCUMENTO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
ACREDITA AL TITULAR COMO RESERVISTA DE HONOR
DE LA FUERZA PÚBLICA.

EN CASO DE PÉRDIDA FAVOR INFORMAR AL TELÉFONO
(1) 2824262 BOGOTÁ D.C. O AL CORREO ELECTRÓNICO
heroesdelanacion@mindefensa.gov.co

NOTA: ESTE DOCUMENTO NO LO IDENTIFICA COMO MIEMBRO ACTIVO DE LA FUERZA PÚBLICA.

Fundación Universitaria Claretiana

sonería Jurídica según resolución 2233 de 22 de mayo de 2006 del Ministerio de Educación Nacion

EN ATENCIÓN A QUE:

Ruffo Servando Ortiz Losada

Cédula de Ciudadanía Número 93.134.201
Ha cumplido con todos los requisitos académicos exigidos por
el estatuto y los reglamentos universitarios.

Le confiere el título de:

Especialista en Gestión de Procesos Psicosociales

Código SNIES 103402. Resolución 9464 de 19 de junio 2014.

Para constancia se firma en Neiva el día 17 de noviembre de 2018
y se refrenda con las siguientes firmas.

Uniclaretiana
Fundación Universitaria Claretiana

P. J[illegible] Óscar Córdoba Lizcano
Rector

Uniclaretiana
Fundación Universitaria Claretiana

[illegible] Jiménez
Secretaria General

La Universidad Surcolombiana

Creada por la Ley 13 de 1976 y reconocida mediante Resolución No. 9062 del 26 de octubre de 197 expedida por el Ministerio de Educación Nacional M.E.N

Por cuanto

Ruffo Servando Ortiz Losada

Con Cédula de Ciudadanía No. 93.134.201 expedida en Espinal (Tolima)

Ha cursado y aprobado los estudios requeridos, le confiere el título de:

Psicólogo

En la ciudad de Neiva - Huila, a los 17 días del mes de Diciembre de 2010

Rector

Secretario General

Decano de la Facultad

Acta de Grado No. 635 Registrado en el Folio 666 del libro de diplomas No. 2

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA

CC. 93.134.201 DEL ESPINAL - TOLIMA

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Realizado los días 17 al 18 de JULIO de 2023, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 18 DE JULIO DE 2025

DADO EN CAMPOALEGRE (HUILA) A LOS 18 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2023

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 873 6310

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Secretaria de Salud
Dptal.

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA

En el marco del cumplimiento de la Resolución 459 de 2012 y Resolución 3100 de 2019

Certifica que:

RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA

Con cédula de ciudadanía N° 93134201 del Espinal - Tolima

Asistió y aprobó el proceso

CERTIFICACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

Con una duración de 15 horas.

En constancia de lo anterior, se firma el presente en Neiva, a los nueve (9) días del mes de Junio de dos mil veintitrés (2023)

CESAR ALBERTO POLANIA SILVA
Secretario de Salud Departamental

GOBERNACIÓN DEL HUILA
Luis Enrique Dussán López
GOBERNADOR

HUILA CRECE

23

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

EL PRESENTE DOCUMENTO HACE CONSTAR QUE:

RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA

c.c. 93134201

Realizó el curso de:

ATENCIÓN CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

IhRPwhNTyy

Intensidad horaria: 60 horas virtuales

Bogotá, 31 de julio de 2016

Ministerio de Salud y Protección Social
Luis Carlos Ortiz Monsalve
Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social
Juan Pablo Corredor Pongutá
Jefe Oficina de Promoción Social

Federación Médica Colombiana
Sergio Isaza Villa
Presidente

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
93134201

Primer Nombre
RUFFO

Primer Apellido
ORTIZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1988

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-07-31—11:41:45 AM

[redacted]

CC	93134201	RUFFO	SERVANDO	ORTIZ	LOSADA	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) RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA identificado(a) con CC 93134201 registra La siguiente información:

2025-07-31—11:41:45 AM

Información Académica

[redacted]

UNV	**Local**	**Medicina**	**2011-03-03**	**375**	**GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL**
UNV	**Local**	**PSICOLOGIA**	**2011-03-30**	**375**	**GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL**

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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

GOBERNACION DEL HUILA
Secretaría de Salud Departamental

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA

CERTIFICA

Que revisando los archivos que se llevan en esta Secretaria, se constató que: **RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **93.134.201**, expedida en el Espinal, Tolima, suscribió con la Gobernación del Huila - Secretaría de Salud Departamental el siguiente contrato:

VIGENCIA 2016

Contrato de Prestación de Servicios **No. 398 de 2016**, con el Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE REHABILIACION BASADA EN LA COMUNIDAD EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA.

Plazo de Ejecución: A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 31 DE DICIEMBRE DE 2016.

Fecha de inicio: 18 de abril de 2016

Fecha de Terminación: 31 de diciembre de 2016

ACTIVIDADES ESPECIALES O ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA A DESARROLLAR EN VIRTUD DE LA PRESENTE CONTRATACIÓN:

1. Elaborar el plan de trabajo y cronograma para la ejecución de las obligaciones contractuales en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y Resolución 518 con énfasis en el tema de la organización y participación de las PcD y discapacidad por secuelas de lepra y discapacidad mental (cognitiva y psicosocial).
2. Apoyar a la Secretaría de Salud Departamental en la elaboración y desarrollo del programa de asistencia técnica a EPS, ESE, DLS y otros actores según necesidad y como mínimo 4 asistencias por mes a municipios.
3. Apoyar a la Secretaria de Salud Departamental, en coordinación con referentes y equipos de programas de salud pública, las acciones que faciliten accesibilidad a los mismos, con enfoque diferencial que se evidencien en los registros de atención.
4. Apoyar a la Secretaría de Salud Departamental en la promoción y gestión de las organizaciones de redes de apoyo a diferentes problemáticas de la discapacidad y la red de pacientes psicosociales, garantizando acciones específicas con este grupo y su participación ante el Comité Departamental de Discapacidad.
5. Apoyar a la Secretaría de Salud Departamental en la definición y desarrollo de la estrategia IEC y movilización social del programa de discapacidad con énfasis en el fortalecimiento de las organizaciones de personas con discapacidad y en la estrategia RBC- APS y en la capacitación de niños, niñas y adolescentes para la prevención del maltrato y abuso sexual.
6. Participar en la formulación de la estrategia que garantice la accesibilidad al programa de salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad.
7. Apoyar a la Secretaría de Salud Departamental en la parte técnica de los procesos de gestión precontractual y contractual de convenios y/o contratos para el desarrollo de proyectos y/o estrategias que garanticen el fortalecimiento de las organizaciones de PcD u otros según su perfil si se requiere.
8. Ofrecer información y orientación de manera personalizada, telefónica o virtual a personas con discapacidad y demás actores del sistema que lo soliciten, registrando la actividad en formato preestablecido.

9. Apoyar la proyección de circulares, oficios y respuestas a derechos de petición entre otras, formuladas por actores del sistema de salud según temas de su competencia.
10. Participar en las sesiones de los comités tanto departamental de discapacidad, como municipales previa coordinación; participar en las mesas temáticas de trabajo según la pertinencia, informar por escrito de los avances mensualmente.
11. Apoyar la elaboración de los informes en cumplimiento de la Resolución 3317 de 2012 para presentar ante el CND y Ministerio de Salud, tanto del CDD como del consolidado de los CMD de los municipios del departamento según cortes definidos en la misma resolución, así mismo de informes que requieran otras instituciones y/o entes de control.
12. Atender a los requerimientos del supervisor para el desarrollo de las actividades del programa de discapacidad.
13. Elaborar y presentar oportunamente a la Secretaría de Salud Departamental informe mensual y final de las actividades y logros alcanzados por municipio en medio físico y magnético.
14. Acreditar los pagos al SGSSS de acuerdo a la normatividad vigente.
15. Aplicar el código de ética de la Gobernación del Huila respetando los principios de lealtad, honestidad, respeto, buena fe, oportunidad y transparencia.

La presente certificación se expide a SOLICITUD DEL INTERESADO en la fecha Octubre 21 de 2022

CESAR ALBERTO POLANIA SILVA
Secretario de Salud del Huila

Proyectó: Leidy Jimena Cuellar Lugo
Revisó: José Alfonso Nuñez Hernández, Maria del Socorro Bahamon

Al contestar, por favor cite estos datos

Radicado:
2022CS071893-1
Fecha:2022-10-21

2022SAL00078528

GOBERNACION DEL HUILA
Secretaría de Salud Departamental

GOBERNACIÓN DEL HUILA
Luis Enrique Dussán López
GOBERNADOR

HUILA CRECE

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA

CERTIFICA

Que revisando los archivos que se llevan en esta Secretaria, se constató que: **RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **93.134.201**, expedida en el Espinal, Tolima, suscribió con la Gobernación del Huila - Secretaría de Salud Departamental el siguiente contrato:

VIGENCIA 2017

Contrato de Prestación de Servicios **No. 838 de 2017**, con el Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LAS ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS RIRIGIDOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL EN LOS MUNICIPIOS DE AGRADO, AIPE, ALGECIRAS, BARAYA, CAMPOALEGRE, COLOMBIA, GARZON, GIGANTE, HOBO, IQUIRA (RIONEGRO CRIHU), NATAGA, NEIVA, OPORAPA, PAICOL, PALERMO, PITAL, PITALITO, RIVERA, SANTA MARIA, TELLO, TERUEL, TESALIA, VILLAVIEJA Y YAGUARA.

Plazo de Ejecución: DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2017.

Fecha de inicio: 17 de julio de 2017

Fecha de Terminación: 30 de diciembre de 2017

ACTIVIDADES ESPECIALES O ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA A DESARROLLAR EN VIRTUD DE LA PRESENTE CONTRATACIÓN:

1. Elaborar y presentar el plan de actividades y cronograma para la ejecución de las obligaciones contractuales.
2. Apoyar la proyección de circulares, oficios y respuesta a derechos de petición entre otras, a los diferentes actores del Sistema de Salud en temas correspondientes al programa de discapacidad con énfasis en Mental, entre otros a las solicitudes, derechos de petición según competencias de la Secretaría de Salud Departamental.
3. Apoyar mediante asistencia técnica la implementación de la estrategia Rehabilitación Basada en la Comunidad RBC con énfasis en discapacidad Mental, realizando desarrollo de capacidades dirigido a funcionarios y población con discapacidad, cuidadores y su familia con el equipo interdisciplinario, a las DLS y ESEs de los municipios de Colombia, la Argentina y Paicol.
4. Apoyar el seguimiento de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, mediante asistencia técnica a los municipios de Agrado, Aipe, Algeciras, Baraya, Campoalegre, Garzón, Gigante, Hobo, Iquira (Rio negro-CRIHU) La Plata (IPS-CRIHU), Neiva, Oporapa, Palermo, Pital, Pitalito, Rivera, Santa María, Tello, Teruel, Tesalia, Villavieja y Yaguará.
5. Brindar apoyo a la Secretaria de Salud Departamental mediante seguimiento a la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad —RBC dirigida a la población con discapacidad derivada por el equipo PAPSIVI que están en el Registro de Discapacidad Cubos SISPRO y del programa RED UNIDOS "Pobreza Extrema".
6. Apoyar a la Secretaria de Salud Departamental en el desarrollo de la estrategia de información Educación y comunicación del programa de discapacidad con énfasis en Mental, en Registro de Localización y Caracterización, estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad, comités territoriales de discapacidad, organizaciones de y para personas con discapacidad y bancos de producto de apoyo.
7. Apoyar el desarrollo del programa de asistencia técnica a las DLS del departamento del Huila en el Registro de Localización y Caracterización de personas con discapacidad Mental.

16. Asistir, participar y brindar asesoría en las reuniones, capacitaciones y/o comités, cundo y donde se requiera y sea designado por el supervisor del contrato y/o Secretaria de Salud Departamental.
17. Elaborar y presentar oportunamente a la Secretaria de Salud Departamental informe mensual y final de las actividades y logros alcanzados por municipio en medio físico y magnético.
18. Acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social presentando mensualmente el comprobante de pago de los respectivos aportes en salud, pensión y riegos laborales.
19. Practicarse dentro del primer mes de ejecución del contrato el examen pre-ocupacional y allegar el respectivo certificado; los costos de este examen serán asumidos por el contratista.
20. Actualizar su hoja de vida en el SIGEP durante la ejecución del contrato.
21. Aplicar el código de ética de la Gobernación del Huila respetando los principios de lealtad, honestidad, respeto, buena fe, oportunidad y transparencia.

La presente certificación se expide a SOLICITUD DEL INTERESADO en la fecha Octubre 21 de 2022

CESAR ALBERTO POLANIA SILVA
Secretario de Salud del Huila

Proyectó: Leidy Jimena Cuellar Lugo
Revisó: José Alfonso Nuñez Hernández, Maria del Socorro Bahamon

GOBERNACION DEL HUILA
Secretaría de Salud Departamental

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA

CERTIFICA

Que revisando los archivos que se llevan en esta Secretaria, se constató que: **RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **93.134.201**, expedida en el Espinal, Tolima, suscribió con la Gobernación del Huila - Secretaría de Salud Departamental el siguiente contrato:

VIGENCIA 2018

Contrato de Prestación de Servicios **No. 366 de 2018**, con el Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LAS ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DIRIGIDOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL EN LOS MUNICIPIOS DE LA ZONA NORTE, (AIPE, ALGECIRAS, BARAYA, CAMPOALEGRE, COLOMBIA, NEIVA, PALERMO, RIVERA, TELLO, VILLAVIEJA) DEPARTAMENTO DEL HUILA, CON UNA ADICIONAL DE DOS (2) MESES, PARA UN TOTAL DE ONCE (11) MESES.

Plazo de Ejecución: ONCE (11) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2018.

Fecha de inicio: 24 de enero de 2018

Fecha de Terminación: 23 de diciembre de 2018

ACTIVIDADES ESPECIALES O ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA A DESARROLLAR EN VIRTUD DE LA PRESENTE CONTRATACIÓN:

1. Elaborar y presentar el plan de actividades y cronograma para la ejecución de las obligaciones contractuales.
2. Proyectar circulares, oficios y respuestas a solicitudes y derechos de petición relacionados con las líneas del programa de discapacidad según competencias de la Secretaría de Salud Departamental.
3. Apoyar la realización de dos (2) capacitaciones zonales con los municipios de la zona asignada, dirigida a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Redes comunitarias sobre el desarrollo y cumplimiento de la normatividad vigente emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, Ley 1751 del 2015, Resolución 412 de 2000, Ley 1145 de 2007, Ley Estatutaria 1618 de 2013, Resolución 1841 de 2013, Resolución 429 del 2016, Resolución 6408 del 2016 para el fortalecimiento de las líneas del programa de discapacidad.
4. Apoyar mediante cuatro (4) visitas de asistencia y asesoría técnica los municipios correspondientes a la zona asignada, para fortalecer el desarrollo de capacidades en las líneas del programa de Discapacidad: Estrategia Rehabilitación Basada en la Comunidad-RBC, Registro de Localización y Caracterización de personas con discapacidad- RLCPD, Banco de Ayudas Técnicas y Organizaciones de y para personas con discapacidad.
5. Brindar apoyo con cuatro (4) visitas de asistencia y asesoría técnica en los municipios de la zona asignada para el fortalecimiento de la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad —RBC; realizando y aplicando la intersectorialidad e interinstitucionalidad que permita la promoción de la salud, la prevención, la atención médica, la Rehabilitación y disposición de dispositivos de asistencia (productos de apoyo) que beneficien a la población con discapacidad en general, que se encuentren en el programa de atención

psicosocial y salud integral a víctimas — PAPSIVI y en RED UNIDOS "Pobreza Extrema".

6. Apoyar con cuatro (4) visitas de asistencia y asesoría técnica para el seguimiento a los municipios de la zona asignada sobre la formulación y ejecución del COAI y PAS del componente Discapacidad del Plan Decenal de Salud Pública.
7. Apoyar con cuatro (4) visitas de asistencia técnica a los municipios de la zona asignada en la supervisión a las IPS y EAPB para verificar el cumplimiento del POS a la población con discapacidad, según competencia establecida en la Resolución 6408 de 2016 sobre el Plan Obligatorio de Salud para garantizar la atención integral en el marco de la Política de Atención en Salud PAIS y el modelo MIAS.
8. Apoyar con cuatro (4) visitas de asistencia y asesoría técnica a los municipios de la zona asignada en la adopción y adaptación de las Rutas Integrales de Atención en Salud —RIAS, Resolución 3202 del 2016, específicamente en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y en la ruta de los grupos de riesgo especialmente de las personas con discapacidad, que permitan garantizar las intervenciones individuales y colectivas en el marco de la dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables — componente de discapacidad-, realizando jornadas de concertación y acompañamiento con los actores involucrados en los municipios correspondientes de la zona asignada del Departamento del Huila.
9. Apoyar con cuatro (4) visitas de asistencia y asesoría a los municipios de la zona asignada en la elaboración, orientación y acompañamiento de la ejecución del plan de intervención para la prevención, atención y superación de riesgos ocasionados por emergencias y desastres a personas con discapacidad.

10. Apoyar con cuatro (4) visitas de asistencia y asesoría técnica a los municipios de la zona asignada en la elaboración, '6rientación y acompañamiento de la ejecución del plan de intervenciones colectivas del Departamento del Huila.
11. Apoyar en la elaboración del diagnóstico 2018 del programa Discapacidad, mediante información del Registro de Discapacidad dejada a disposición por el Ministerio de Salud y Protección Social con la herramienta CUBO, con información arrojada en las líneas del programa de discapacidad y la arrojada durante la prestación de asesoría y asistencia técnica de los municipios de la zona asignada; presentando informe mensual que permita coordinar acciones con los municipios de la zona asignada y el respectivo informe final con conclusiones.
12. Apoyar con la prestación de asesoría y asistencia técnica a los municipios asignados de manera personalizada, telefónica o virtual en las líneas del programa de discapacidad, registrando la actividad en formato preestablecido.
13. Apoyar la gestión precontractual y contractual de convenios y/o contratos para el desarrollo de proyectos y/o estrategias que garanticen el fortalecimiento del programa de Discapacidad según se le requiera.
14. Asistir, participar y brindar asesoría en reuniones, capacitaciones, cuando y donde se requiera y sea designado por la secretaria de salud departamental en lo referente al programa de discapacidad.
15. Recibir del programa de lepra, salud mental y SIVIGILA de la Secretaria de Salud Departamental la población con discapacidad focalizada y registrada en los formatos del Registro de Localización y Caracterización diligenciado y realizar su ingreso al Sistema de Información de la Protección Social e incluir a los registrados en la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad - RBC- de los municipios la zona asignada.

16. Elaborar y presentar oportunamente a la Secretaria de Salud Departamental informe mensual y final de las actividades y logros alcanzados por municipio en medio físico y magnético del periodo ante el supervisor del contrato.
17. Acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social presentando mensualmente el comprobante de pago de los respectivos aportes en salud, pensión y riesgos laborales.
18. Actualizar su hoja de vida en el SIGEP durante la ejecución del contrato.
19. Aplicar el código de ética de la Gobernación del Huila respetando los principios de lealtad, honestidad, respeto, buena re, oportunidad y transparencia.
20. Proyectar de manera oportuna y de fondo, las respuestas de las comunicaciones oficiales asignadas a través del Sistema de Comunicaciones Oficiales de la Gobernación del Huila, en cumplimiento del procedimiento establecido por la entidad y requisitos legales.
21. Cumplir con las normas vigentes en materia del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

La presente certificación se expide a SOLICITUD DEL INTERESADO en la fecha Octubre 21 de 2022

CESAR ALBERTO POLANIA SILVA
Secretario de Salud del Huila

Proyectó: Leidy Jimena Cuellar Lugo
Revisó: José Alfonso Nuñez Hernández, Maria del Socorro Bahamon

Al contestar, por favor cite estos datos

Radicado:
2022CS071894-1
Fecha:2022-10-21

2022SAL00078538

GOBERNACION DEL HUILA
Secretaría de Salud Departamental

GOBERNACIÓN DEL HUILA
Luis Enrique Dussán López
GOBERNADOR

HUILA CRECE

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA

CERTIFICA

Que revisando los archivos que se llevan en esta Secretaria, se constató que: **RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **93.134.201**, expedida en el Espinal, Tolima, suscribió con la Gobernación del Huila - Secretaría de Salud Departamental el siguiente contrato:

VIGENCIA 2019

Contrato de Prestación de Servicios **No. 300 de 2019**, con el Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN LAS ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DIRIGIDOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE LA ZONA NORTE, AIPE, ALGECIRAS, BARAYA, CAMPOALEGRE, NEIVA, RIVERA, COLOMBIA, PALERMO, TELLO, VILLAVIEJA DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA, CON UNA EJECUCION E OCHO (8) MESES, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 31 DE DICIEMBRE DE 20219, CON UN ADICIONAL DE DOS (2) MESES Y VEINTITRES (23) DIAS. PARA UN TOTAL DE DIEZ (10) MESES Y VEINTITRES (23) DIAS.

Fecha de inicio: 05 de febrero de 2019
Fecha de Terminación: 27 de diciembre de 2019

Carrera 20 No. 5B-36; Neiva – Huila – Colombia · PBX: 8701980 Ext130
Línea gratuita 01 8000 968 716; e-mail ssalud@huila.gov.co
www.huila.gov.co · Twitter @HuilaGob · Facebook Gobernación del Huila

ACTIVIDADES ESPECIALES O ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA A DESARROLLAR EN VIRTUD DE LA PRESENTE CONTRATACIÓN:

1. Elaborar y presentar el plan de actividades y cronograma para la ejecución de las obligaciones contractuales.
2. Proyectar de manera oportuna y de fondo, las respuestas de las comunicaciones oficiales asignadas a través del Sistema de Comunicaciones Oficiales de la Gobernación del Huila, en cumplimiento del procedimiento establecido por la entidad y requisitos leg.91es, relacionados con las líneas del programa de discapacidad según competencias de la Secretaría de Salud Departamental.
3. Apoyar la realización de dos (2) capacitaciones zonales con los municipios de la zona asignada, dirigida a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Redes comunitarias sobre el desarrollo y cumplimiento de la normatividad vigente emitida por el Ministerio de Salud y Protección _ - Social, Ley 1751 del 2015, Resolución 412 de 2000, Ley 1145 de 2007, Ley Estatutaria 1618 de 2013, Resolución 1841 de 2013:1, Resolución 429 del 2016, Resolución 5269 del 2017 para el fortalecimiento de las líneas del programa de discapacidad.
4. Apoyar mediante dos (2) visitas de asistencia y asesoría técnica, a los municipios correspondientes a la zona asignada, para fortalecer el desarrollo de capacidades en las líneas del programa de Discapacidad: Registro de Localización y Caracterización de personas con discapacidad- RLCPD, Banco de Ayudas Técnicas y Organizaciones de y para personas con discapacidad. Brindar apoyo con dos (2) visitas de asistencia y asesoría técnica en los municipios de la zona asignada para el fortalecimiento de la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad —RBC; realizando y aplicando la intersectorialidad e interinstitucionalidad que permita la promoción de la salud, la prevención, la atención médica, la Rehabilitación y disposición de dispositivos de asistencia (productos de apoyo) que beneficien a la población con discapacidad en general, que se en entren en el programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas — PAPSIVI y en RED UNIDOS "Pobreza Extrema".

12. Asistir, participar y brindar asesoría en reuniones, capacitaciones, cuando y donde se requiera y sea designado por la secretaria de salud departamental en lo referente al programa de discapacidad.
13. Asistir y participar del proceso de desarrollo de capacidades "Escuela de Salud Pública" en el marco de la adopción/y adaptación de la política PAIS y el modelo MIAS, según cronograma establecido por la Secretaría de Salud Departamental.
14. Recibir del programa de SIVIGILA de la Secretaria de Salud Departamental, los eventos en salud pública que han sido reportados y que eventualmente podrían generar una discapacidad: de ser necesario realizar su ingreso al Sistema de Información de la Protección Social e incluirlos en la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad — RBC- de los municipios la zona asignada.
15. Brindar apoyo en la gestión de la política de atención integral en salud y en la adopción y adaptación de las rutas integrales de atención en salud para la promoción y mantenimiento de la salud y otra ruta según la Dimensión Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables, para garantizar las intervenciones individuales, colectivas, de gestión de salud pública del modelo MIAS mediante la realización de jornadas de concertación con los actores del sistema general de seguridad social en salud.
16. Brindar apoyo a la Secretaría de Salud Departamental en las respuestas a las observaciones y en la evaluación de las propuestas que sean presentadas en los diferentes procesos de selección de contratistas, siempre que sea delegado por la Secretaria de Salud para integrar el Comité de Evaluación
17. Dar manejo de la plataforma virtual SECOP II en los roles y modalidades de contratación que le asigne la Secretaria de Salud Departamental, previa habilitación del usuario por parte del administrador de la plataforma. en los procesos contractuales asignados
18. Elaborar y presentar oportunamente a la Secretaria de Salud Departamental informe mensual y final de las actividades y logros alcanzados por municipio en medio físico y magnético del periodo ante el supervisor del contrato.
19. Acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social presentando mensualmente el comprobante de pago de los respectivos aportes en

salud. pensión y riesgos laborales. de conformidad con la clase de riesgo según las actividades a desarrollar.

20. Mantener actualizada su hoja de vida en el SIGEP, durante la ejecución del contrato.

21. Aplicar el código de ética de la Gobernación del Huila respetando los principios de lealtad, honestidad, respeto, buena fe, oportunidad y transparencia.

22. Cumplir con las normas vigentes en materia del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

La presente certificación se expide a SOLICITUD DEL INTERESADO en la fecha Octubre 21 de 2022

CESAR ALBERTO POLANIA SILVA
Secretario de Salud del Huila

Proyectó: Leidy Jimena Cuellar Lugo
Revisó: José Alfonso Nuñez Hernández, Maria del Socorro Bahamon

CERTIFICADO PERSONA NATURAL NO DECLARANTE DEL IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIO 2024.

Neiva, 31 de julio de 2025

Señores
ESE HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Iquira - Huila

Yo **RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA** identificado con cedula de ciudadanía No. **93134201** del **Espinal - Tolima** con domicilio en Neiva -Huila, manifiesto que, SI estoy obligado a presentar declaración de impuestos sobre la renta y complementario por el año gravable 2024, debido a que:

1. NO soy responsable del impuesto a la venta- IVA
2. **SI** obtuve ingresos brutos superiores a SESENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS PESOS ($69.718.600), durante la vigencia 2024
3. NO tuve consumos con tarjeta de crédito, compras y egresos totales, así como no tuve movimientos bancarios durante el 2024 por un valor superior a SESENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS PESOS ($69.718.600).
4. NO poseía un patrimonio bruto a diciembre 31 de 2024 superior a (224.095.500) M/CTE.

A continuación, relaciono datos de interés y la información de las personas a cargo:

NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Saray Lucía Ortiz Perdomo	1076915860	hija
Samuel Ortiz Perdomo	1076911221	hijo

Actividades económicas (registrada en el RUT):

- **0010** Asalariados: Personas naturales cuyos ingresos provengan de la relación laboral, legal o reglamentaria o tenga su origen en ella
- **0020** Pensionados: Personas naturales cuyos ingresos provengan de pensiones de jubilación, invalidez, vejez, de sobrevivientes y sobre riesgos laborales, así como de indemnizaciones sustitutivas de las pensiones o de devoluciones de saldos de ahorro pensional.
- **8692** Actividades de apoyo terapéutico.

Ruffo Servando Ortiz Losada
Psicólogo
Universidad Surcolombiana
TP. 119748 COLPSIC - Res. 375/11 Min

RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA
CC. No. 93134201 del Espinal - Tolima

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-07-31 12:02

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
RUFFO	SERVANDO	ORTIZ	LOSADA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	93134201

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	PALERMO

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	NEIVA

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 MARIA AUXILIADORA - IQUIRA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	ÍQUIRA
Dirección	["CALLE 2 No. 6-16"]				
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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$49.672.067,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$32.200.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$81.872.067,00

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	COLOMBIA	$657,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VEHICULO	COLOMBIA	HUILA	NEIVA	$37.500.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITOS BANCARIOS	$80.000.000,00

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 publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CLAUDIA	MARCELA	PERDOMO	BUSTOS

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 36308271

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar 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 parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar 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

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, 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, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), 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 generarse 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:

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 277550086

PIB
19:22:04

Bogotá DC, 31 de julio del 2025

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) RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 93134201:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:23:12 PM horas del 31/07/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **93134201**

Apellidos y Nombres: **ORTIZ LOSADA RUFFO SERVANDO**

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.

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 31/07/2025 07:24:42 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **93134201** y Nombre: **RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA.**

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. **120812684** . 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

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 19:26:15 horas del 31/07/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **93134201,** Apellidos y Nombres **ORTIZ LOSADA RUFFO SERVANDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA**, con NIT **891103968-1** 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 93134201 **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 31/07/2025 07:27 PM

Código Verificación: **UYM9B3N5TL**

Válida hasta: **30/10/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Neiva, 31 de julio de 2025

Doctora
DIANA MARCELA OROZCO MEÑACA
Gerente ESE María Auxiliadora de Iquira
Iquira - Huila

Ref. Manifestación jurada.

RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA, mayor de edad y vecino de la ciudad de Neiva (H), identificado con cédula de ciudadanía No. 93134201 del Espinal - Tolima, actuando en mi propio nombre, comedidamente me permito manifestar a usted por este medio y bajo la gravedad del juramento que se ha de entender surtido con esta expresión signada, que conozco las condiciones necesarias para contratar con la entidad, las acepto y en esos términos formulo y respaldo la oferta presentada a tal efecto, al tiempo que he constatado cuidadosamente de mi parte la no incursión en causales de inhabilidad, incompatibilidad, prohibición o conflicto de intereses para contratar consagradas en la ley 80º de 1993, y demás normas reglamentarias y complementarias, frente al representante legal de la entidad contratante o demás personas o funcionarios respecto de quienes pudiese obrar esta limitante dentro de la misma.

Atentamente,

Ruffo Servando Ortiz Losada
Psicólogo
Universidad Surcolombiana
Tp. 119743 COLPSIC - Res. 375/11

RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA
CC. No. 93134201 del Espinal - Tolima

Salud Vital IPS
NIT. 900.314.301-5

SALUD VITAL DEL HUILA S.A.S.

HACE CONSTAR

Que en los registros de Talento Humano de SALUD VITAL DEL HUILA IPS S.A.S. se encuentra registrada la siguiente información:

APELLIDOS Y NOMBRES: RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA
CEDULA CIUDADANIA: 93.134.201 DE ESPINAL
OBJETO DEL CONTRATO: PSICOLOGO- CERTIFICACION EN DISCAPACIDAD
CLASE DE VINCULACION: PRESTACION DE SERVICIO

CONTRATOS DE OPS CERTIFICADOS

TIPO DE CONTRATO	Nº DE CONTRATO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	ESTADO
OPS	1047	23/12/2022	22/12/2023	TERMINADO
OPS	1196-23	23/12/2023	10/01/2024	TERMINADO

Con las siguientes obligaciones:

1) Recepción de la documentación del usuario. A el usuario debe llevar orden para valoración por equipo multidisciplinario para certificado de discapacidad emitido por la secretaria de salud, firmada por quien autoriza la orden, y dicha orden debe contar con el código de autorización de la valoración; este soporte queda para salud vital IPS.
2) Crear y ayudar en la creación del grupo multidisciplinario por día en PISIS SISPRO, con fecha de la consulta y nombre de SALUD VITAL IPS.
3) Crear el usuario en PISIS SISPRO, y realizar la diligencia del formulario que emite la plataforma con todos sus requisitos.
4) Entregar, explicar y hacer firmar el formato de consentimiento informado para la valoración de discapacidad del usuario. Si el usuario no sabe escribir o firmar, hacer la anotación y tomarle la huella digital.

5) Realizar la correspondiente atención e ilustración a los usuarios con el fin de realizar los cuestionarios que la plataforma PISIS SISPRO, dispone para que los profesionales efectúen a los estos.
6) Cuando finalice de llenar el formulario, enviarlo a imprimir en dos copias, y firmarlo. Además de esto percatarse que los demás miembros del grupo multidisciplinario y el usuario lo firmen.
7) Entregar la certificación de discapacidad al usuario.
8) Realizar un documento en Excel con nombre y cedula de los usuarios atendidos.
9) Realizar y relacionar en el formato de control diario la cantidad de valoraciones que se realicen en el día, con la firma del profesional, las cuales deben estar acordes con las relacionadas en el archivo de Excel.
10) Entregar un paquete por cada persona valorada los siguientes a – orden original (No se recibe la copia) b – Certificado de valoración de discapacidad original. c – el formato de consentimiento informado.

La presente se expide a solicitud del interesado(a) a los once (11) días del mes de enero del 2024, con destino al interesado. Confirmación de referencia 3182858843 o al correo analista.talentohumano@saludvitalips.com.co

Atentamente,

DEYANIRA BERNAL GARZON
Gerente

Revisado: Sulma Escobar
Elaboro: María Fernanda Rivera

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

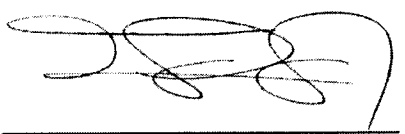
Que nuestro(a) cliente **RUFFO SERVANDO ORTIZ LOZADA**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 93.134.201** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS PENSIONAL No. 233008325** aperturada el **23 de marzo de 1999**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **31** días del mes de **julio** del año **2025**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0233008325**
Cuenta de 16 dígitos: **0233000200008325**
Cuenta de 20 dígitos: **00130233000200008325**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141169909367

(415)7707212489984(8020) 000014116990936 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 3 1 3 4 2 0 1	8	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 3 1 3 4 2 0 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Espinal 2 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	LOSADA	RUFFO	SERVANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal: CR 8 G 25 D 70

42. Correo electrónico: psicologoruffoortiz@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 3 9 9 4 4 7 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ORTIZ LOSADA RUFFO SERVANDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN PROTECCIÓN IPS S.A.S.
NIT. 901 057 957-7
Lic. SST 0976 de 2017 S.S.H
CODIGO PRESTADOR 4100101876 S.S.H.
Sede Neiva: Carrera 11 # 7 – 36 Tel. 8-8766991 Cel. 3183821003
Sede Garzón: Carrera 5 # 4 – 47 Tel. 8-8330925 Cel. 3104775151

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2024-04-04 HORA: 07:31

DATOS DEL TRABAJADOR

PACIENTE: RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA
ID: CC 93134201
FECHA DE NACIMIENTO: 1980-04-23
EDAD: 43 Años
TEL. 3173994472
DIRECCION: CRA 34B#23-47 SUR PALERMO (HUILA)
SEXO: M
TIPO DE SANGRE: O+
TALLA: 175
PESO: 87
EPS: POLICIA NACIONAL
ARL:
CONVENIO: PARTICULAR NEIVA
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: 0
CARGO: PSICOLOGO
EMPRESA USUARIO:



Trabajo en Alturas : --

Manipulación de Alimentos : --

Espacios Confinados: --

TIPO DE EXAMEN

- [x] Ingreso
- [ ] Periódico
- [ ] Egreso
- [ ] Postincapacidad
- [ ] Valoración especial
- [ ] Certificado discapacidad
- [ ] PCL
- [ ] Prioritaria

¿OTRA? :

ÉNFASIS A EVALUAR

- [x] OSTEOMUSCULAR
- [ ] DERMATOLOGICO
- [ ] CARDIOVASCULAR
- [ ] TRABAJO EN ALTURAS
- [ ] MANIPULADOR ALIMENTOS
- [ ] ESPACIOS CONFINADOS
- [ ] OTRO ¿Cual?:

EXÁMENES A REALIZAR DE TAMIZAJE

- [x] Visiometria
- [ ] Optometria
- [ ] Audiometria
- [ ] Espirometria
- [ ] Psicotecnico
- [ ] Psicosensométrico

LABORATORIOS CLÍNICOS

- [x] Perfil lipídico
- [ ] Cuadro hematico
- [ ] VDRL
- [x] Glicemia
- [ ] Colesterol
- [ ] Triglicéridos
- [ ] Hemoclasificación
- [ ] Koh uñas
- [ ] Frotis de garganta
- [ ] Serologia

¿OTRO?:

RECOMENDACIONES

Higiene postural SI
Pausas activas: SI
Restricción para el manejo de cargas: NO
Uso epp: SI
Edu. en manejo cargas: NO
Fomento de hab. saludables : SI
Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

-

Entrenamiento y supervisión en movilización segura de cargas:

Remision:

Observaciones:

PLANES DE VIGILANCIA

☐ CARDIOVASCULAR ☑ BIOMECANICO ☐ VISUAL ☐ PSICOSOCIAL ☐ AUDITIVO

¿OTRO?:

CONCEPTO

CONCEPTO DE INGRESO: APTO PARA LABORAR SIN RESTRICCIONES

Observaciones: MANEJO ADECUADO DE CARGAS Y POSTURAS, PAUSAS ACTIVAS

CONDUCTA

Recomendación especialista:	-Recomendaciones hábitos:	-Recomendaciones remisiones:
☐ a. Capacitación en manejo de cargas y posturas	☑ a. Actividad fisica	☐ a. Remision EPS
☑ b. Higiene posturas	☐ b. Control de peso	☐ b. Seguimiento ARL
☐ c. Uso de epp	☐ c. Dieta Balanceada	☐ c. Continuar manejo medico
☑ d. Inducción en cargo		

-Recomendaciones especificas:

☐ **a.** Entrenamiento y supervisión en movilización segura de cargas.
☐ **b.** Restricción de levantar 3 KGMS
☐ **c.** Restriccion de halar o levantar peso superior a 5 KGMS
☐ **d.** Restricción de levantar peso superior a 10 KGS
☐ **e.** Restricción para desarrollar labores sin lentes
☐ **f.** Restricción para conducir de noche sin lentes
☐ **g.** Restricción de montar en motocicleta
☐ **h.** No subir ni bajar escaleras
☐ **i.** No exponer a ruido de más de 80 decibeles sin protección auditiva adecuada.

Otras:

OBSERVACIONES: LAS RESTRICCIONES SON LABORALES Y EN HABITO DE CASA.
DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA AQUÍ CONSIGNADA ES VERAS Y PUEDE SER VERIFICADA, QUE RECIBIDO TODAS LAS RECOMENDACIONES DEL MEDICO TRATANTE Y QUE NO HE OCULTADO NINGUNA PATOLOGÍA. AUTORIZO LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL A MI EMPLEADOR BAJO MI ABSOLUTA RESPONSABILIDAD.

CONSIDERACIÓNES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PERIODO DE CUARENTENA POR PANDEMIA POR CORONAVIRUS COVID-19: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19, Se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. 'Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.

Es de vital importancia PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS, por ello TODOS DEBEMOS:

· Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.

· Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 2 metros, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.

· Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.

· Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.

· Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.

· *Mantener una distancia no inferior a un metro y medio con otras personas en la medida de lo posible: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.*

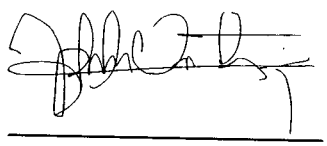
· *Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.*

· *SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aisle preventivamente.*

***CONSIDERACIÓNES ESPECIALES POR HISTORIA OCUPACIONAL POST CUARENTENA:** En la presente evaluación médica ocupacional se valora el estado de salud del trabajador posterior a periodo de aislamiento obligatorio, aplicando encuesta de síntomas y evaluando la presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, sin hallar en el momento evidencia de padecer de enfermedad por COVID 19; sin embargo esta evaluación no garantiza que el trabajador en días posteriores no presente la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto será pertinente realizar una nueva valoración médica en su entidad de salud*



MD. JORGE MAURICIO ESCOBAR LOPEZ
ESP. MEDICINA LABORAL
R.M. 1976/2010



PACIENTE: RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA
ID. CC 93134201

La salud es de todos | Minsalud

202016000009671

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: 202016000009671
Fecha: 2020-01-03

Bogotá D.C.,

Doctor(a):
RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA
c.c. 93134201
Profesional en Psicología
psicologoruffoortiz@gmail.com
NEIVA - HUILA
COLOMBIA
psicologoruffoortiz@gmail.com

ASUNTO: Certificado como certificador de discapacidad

Respetado(a) doctor(a):

El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del proceso de implementación de la Resolución 583 de 2018, certifica que usted cumplió a satisfacción con los siguientes requisitos establecidos para acreditarse como **CERTIFICADOR DE DISCAPACIDAD**:

- Asistencia a la jornada presencial de Complementación del Talento Humano en Salud Sobre Certificación de Discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, brindada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con una duración de 24 horas
- Aprobación del examen final de conocimientos
- Firma del formato de autorización de uso de datos personales

En virtud de lo anterior, a partir de la fecha, usted ha sido incluido en el **DIRECTORIO NACIONAL DE CERTIFICADORES DE DISCAPACIDAD**

Para garantizar el ingreso al aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad se debe verificar su estado en RETHUS o en el Consejo Nacional de Trabajo Social según el caso, así como estar inscrito en el portal www.miseguridadsocial.gov.co .

Cordialmente,

Original firmado
OSCAR JAVIER SIZA MORENO
Jefe Oficina de Promoción Social

Elaboró: **Grupo de Gestión en Discapacidad**
Revisó/Aprobó **CNIETO**

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

QR DE AUTENTICIDAD

ID: dae3fa47-a85a-4c80-8969-323f50c9a7e1

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

9 3 1 3 4 2 0 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

23/04/1980

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3173994472

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Batch Number	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Name and surname of the vaccinator
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	16	12	2020		V50220017	NEIVA IDIME SA	QUELLIN JHOSMAR SOLANO ÑAÑEZ
COVID PFIZER	Primera	19	4	2021	PFIZER	ER9449	NEIVA CLINICA MEDILASER S.A.	MARIA ANGELICA POLO ZUBIETA
COVID PFIZER	Segunda	10	5	2021	PFIZER	ET6924	NEIVA CLINICA MEDILASER S.A.	MARIA ANGELICA POLO ZUBIETA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	16	4	2022	PFIZER	ACC5853	SALUD VITAL DEL HUILA IPS SAS	ANGELA PATRICIA SALAZAR LAVAO
Fiebre Amarilla	Única	22	4	2025	Sanofi Pasteur	W3D501V	PALERMO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	NANCY PEÑA GONZALEZ - CC55190121 - Activo

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

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

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

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

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

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

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

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.