Socorro, _____

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

REFERENCIA: CONTRATACION PIC Socorro

La suscrita: Gloria Stella Chacón 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 PIC Socorro

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: (RELACIONA EL LISTADO) **NOTA(ESTE DOCUMENTO LO PUEDE PERSONALIZAR DE ACUERDO A SU PROFESION, FODO O TEMATICA)**

Gloria Stela Chacón Paz
C.C: 37944. 6801 Socorro

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **37.945.689**

CHACON PIÑA

APELLIDOS

GLORIA STELLA

NOMBRES

Gloria Stella Chacon Piña

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-1974**

SOCORRO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.30	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-SEP-1992 SOCORRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2719900-00180429-F-0037945689-20090923 **00164**71217A 1 1970008448

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
Chacon	Pina	Gloria Stella

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 37945689

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES 03 AÑO 1974

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO SOCORRO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 15 9 51

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO SOCORRO

TELÉFONO EMAIL juliasaenz724@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	1996
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X		TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR	09	1999	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Labocor			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2007	*Día*	21	*Mes*	04	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 111-2017 AUXILIAR D LABORTORIO	*DEPENDENCIA* "LABORATORIO"						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 11 49					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO MAVILAB			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 111-2017 AUXILIAR D LABORTORIO	*DEPENDENCIA* ABOGADA AUXILIAR						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 9 47					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINISALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2014	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL 235 AUXILIAR DE PRIMER CONTACT	*DEPENDENCIA* "LABORATORIO"					*DIRECCIÓN* CALLE 13 14 50						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL - SOCORRO SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL 04011483 AUXILIAR	*DEPENDENCIA* B.1.7 UCI NEONATAL Y PEDIATRICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 9 53						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Finsema Socorro			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2004	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* CRECIMIENTO Y DESARROLLO P Y P					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 16 22						

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	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	20	7
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 _____

_____

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
y en su nombre

El Colegio Nacional Universitario

Socorro - Santander

Autorizado por la Gobernación del Departamento Según Resolución No. 6091
del 16 de Noviembre de 1995

Confiere a

Gloria Stella Chacón Piña

C. C. No. 37.945.689 Socorro

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
COLEGIO NACIONAL UNIVERSITARIO
RECTORIA
SOCORRO S.

Secretario

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
COLEGIO NACIONAL UNIVERSITARIO
SECRETARIA ACADEMICA
SOCORRO S.

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No. 182

Dado en el Socorro, a 7 de Diciembre de 1996

COLEGIO UNIVERSITARIO

Calle 5a. No. 12-27 -Teléfonos 272991 y 272368
SOCORRO - SANTANDER
NIT. 890.200.156-8

JORNADA DIURNA

INSC. S.E. 140
INSC. DANE 168755000308

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad del Socorro a los 07 días del mes de DICIEMBRE del año 1996 se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector, Comité de Promoción y Secretaria General en la Rectoría del Colegio Nacional Universitario, Institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizado por el MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL para otorgar el TITULO DE BACHILLER en la Modalidad ACADEMICA según Resolución No. 6091 DE NOVIEMBRE 16 DE 1995.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE:

BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad relaciona a continuación:

GLORIA STELLA CHACON PIÑA
C.C.37.945.689 DE Socorro

Es fiel copia tomada del libro original de ACTAS GENERALES DE GRADUACION No. 01, folios Nos 92-93 Y 94 Acta de Grado No. **053 de DICIEMBRE 07 DE 1996**, *que consta de - 40 - ALUMNOS. comienza con el nombre de* MIGUEL AMAYA SILVA *y termina con el de* LUCIA VILLARREAL CARDENAS.

Firmada y sellada por: MANUEL G. SALAZAR PEREA *Rector*
ROSA BEATRIZ DUQUE GOMEZ. *Secretaria Académica*

DECRETO No. 180 ART 7° DE 1951.

Es fiel copia tomada de su original

Dada en el Socorro a los 11 días del mes de FEBRERO de 2003.

República de Colombia

Ministerio de Salud
Secretaría de Salud de Santander

Escuela de Formación Administrativa y en Salud de Santander

Antigua Escuela de Auxiliares de Enfermería

Educación no Formal
Resolución No. 1149/69 de la
Secretaría de Educación Departamental

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONCEDIDO A :

Gloria Stella Chacón Piña

C.C. 37.945.689 Socorro, Santander

Por haber cursado y aprobado el programa de estudios teórico-práctico durante 2040 horas, establecidas por el Ministerio de Salud, que lo capacitan para ejercer como

Auxiliar de Enfermería

Aprobado por Resolución No.8522 de Junio 27 de 1.984, del Ministerio de Salud

Director

Secretario de Salud Departamental

Anotado al Folio No. 0153 del libro No. 03 de Certificados

Bucaramanga, Julio 01 de 1999

MARIA EDY ARIAS DELGADO
Directora

OLGA SAENZ MENDIVELSO
Secretaria

GOBERNACION DE SANTANDER

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCION No. №01814

27 AGO. 1999

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En el ejercicio de la delegación conferida por la Resolución No.2085 de 1989, emanada del Ministerio de Salud y,

CONSIDERANDO:

Que, GLORIA STELLA CHACON PIÑA, identificada con cédula de ciudadanía No. 37.945.689 expedida en SOCORRO (SDER.) ha solicitado autorización del ejercicio profesional como: AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Certificado que le otorgo: **ESCUELA DE FORMACION ADMINISTRATIVA Y EN SALUD DE SANTANDER** , el 01 de JULIO de 1999.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a GLORIA STELLA CHACON PIÑA, identificada, con cédula ciudadanía No.37.945.689 expedida en SOCORRO (SDER.) para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA ; en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO : Esta Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

CUMINIQUESE Y CUMPLASE

27 AGO. 1999

JAVIER ANTONIO FORONDA ARBELAEZ
Secretario de Salud Departamental

MARIA TERESA VARGAS CALLE
Subdirectora Seguridad Social

Ana Victoria M.

CA - 10125552

LA SUSCRITA DIRECTORA DE LA ESCUELA DE FORMACION ADMINISTRATIVA Y EN SALUD DE SANTANDER, E.F.A.S.S, Antigua Escuela de Auxiliares de Enfermería, CERTIFICA : que en el libro de Actas de Certificación de la escuela, figura la siguiente ACTA DE CERTIFICACION No. **0146** En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia, el primero **(01)** del mes de **JULIO** de mil novecientos **NOVENTA Y NUEVE (1999)** se reunió la Directora, Coordinadora y Secretaria de la Escuela de Formación Administrativa y en Salud de Santander EFASS, Antigua Escuela de Auxiliares de Enfermería. Presidió la sesión MARIA EDY ARIAS DELGADO Directora de la Escuela de Formación Administrativa y en Salud de Santander EFASS, Antigua Escuela de Auxiliares de Enfermería y obro como secretaria OLGA SAENZ MENDIVELSO, considerando que **GLORIA STELLA CHACON PIÑA,** con cédula de ciudadanía número **37.945.689** expedida en **Socorro, Santander,** cumplió y aprobó el programa de estudios teórico - prácticos, establecidos por el Ministerio de Salud según resolución numero 8522 del 27 de junio de 1984, que lo capacitan para el ejercicio del cargo, le otorga el título de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Bajo juramento, el graduando promete cumplir con los deberes propios del ejercicio de su profesión.

Para constancia se extiende y firma la presente acta.

La Directora, (Fdo)	MARIA EDY ARIAS DELGADO
La Coordinadora,(Fdo)	OLGA ELISA ARENAS DE ZARATE
La Secretaria General, (Fdo)	OLGA SAENZ MENDIVELSO

Hay un sello que dice "Escuela de Formación Administrativa y en Salud de Santander EFASS, Antigua Escuela de Auxiliares de Enfermería, Bucaramanga". Es copia de su original tomada el primero (01) del mes de JULIO de mil novecientos NOVENTA Y NUEVE (1999)

MARIA EDY ARIAS DELGADO
Directora

OLGA ELISA ARENAS DE ZARATE
Coordinadora Académica

OLGA SAENZ MENDIVELSO
Secretaria

Fundación Finsema



Certifican que :

GLORIA ESTELLA CHACON

Asistió a las V Jornadas Médicas de Sensibilización, Actualización y Humanización para la Atención en Salud, realizado en Bucaramanga durante los días 23, 24 y 25 de Septiembre de 2004 con una intensidad de 14 horas.

REPRESENTANTE LEGAL
FINSEMA

SECRETARIO DE SALUD
DE SANTANDER

Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno Y4ZCEKX967 certifica que

Gloria Stella Chacón Piña

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 37945689

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (Resolucion 3280 del 02 de Agosto de 2018)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 14 de Abril de 2026

CÚI: Y4ZCEKX967

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.modelorecursivoformacional.com/legalidad/ o línea 3212199593.

Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno DXLKHAKVAB certifica que

Gloria Stella Chacón Piña

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 37945689

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día 14 de Abril de 2026

CÚI: DXLKHAKVAB

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.modelorecursivoformacional.com/legalidad/ o línea 3212199593.

Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno HTUK6PWQNV certifica que

Gloria Stella Chacón Piña

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 37945689

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 14 de Abril de 2026

CÚI: HTUK6PWQNV

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.modelorecursivoformacional.com/legalidad/ o línea 3212199593.

Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno 3WD79FNWH7 certifica que

Gloria Stella Chacón Piña

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 37945689

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual y Violencia de Género

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día 14 de Abril de 2026

CÚI: 3WD79FNWH7

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.modelorecursivoformacional.com/legalidad/ o línea 3212199593.

Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno D7XNR94HDJ certifica que

Gloria Stella Chacón Piña

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 37945689

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Humanización en la Prestación de los Servicios de Salud

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día 14 de Abril de 2026

CÚI: D7XNR94HDJ

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.modelorecursivoformacional.com/legalidad/ o línea 3212199593.

Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno K8MUMV455M certifica que

Gloria Stella Chacón Piña

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 37945689

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día 14 de Abril de 2026

CÚI: K8MUMV455M

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.modelorecursivoformacional.com/legalidad/ o línea 3212199593.

Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno CQLES6EMFF certifica que

Gloria Stella Chacón Piña

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 37945689

Finalizó exitosamente el curso Avanzado de

Soporte Vital Avanzado (ACLS/SVA)

con 70 horas de intensidad y dos años de vigencia

a partir del día 14 de Abril de 2026

CÚI: CQLES6EMFF

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.modelorecursivoformacional.com/legalidad/ o línea 3212199593.

Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno WGP5A8U8B8 certifica que

Gloria Stella Chacón Piña

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 37945689

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Soporte Vital Básico (BLS/SVB)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día 14 de Abril de 2026

CÚI: WGP5A8U8B8

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.modelorecursivoformacional.com/legalidad/ o línea 3212199593.

Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno F7CLYH3LLM certifica que

Gloria Stella Chacón Piña

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 37945689

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Atención Centrada al Usuario

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día 14 de Abril de 2026

CÚI: F7CLYH3LLM

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.modelorecursivoformacional.com/legalidad/ o línea 3212199593.

Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno YJQQMFCLGV certifica que

Gloria Stella Chacón Piña

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 37945689

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 14 de Abril de 2026

CÚI: YJQQMFCLGV

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.modelorecursivoformacional.com/legalidad/ o línea 3212199593.

Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno CPSB9QDKMT certifica que

Gloria Stella Chacón Piña

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 37945689

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Diagnostico y Manejo Clinico del Dengue

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día 14 de Abril de 2026

CÚI: CPSB9QDKMT

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.modelorecursivoformacional.com/legalidad/ o línea 3212199593.

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Gloria Stella Chacón piña

C.C 37.945.689

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 15 de abril 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769514210000

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Gloria Stella Chacón piña

C.C 37.945.689

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 14 de abril 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 769513834206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

276e5a5d-2470-43ca-b79f-e68ecc5b1dc9

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Gloria Stella Chacón Piña

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: 90,00 %

24 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=276e5a5d-2470-43ca-b79f-e68ecc5b1dc9

Resultado General -2026-04-21--11:05:05 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	37945689	GLORIA	STELLA	CHACON	PIÑA	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) GLORIA STELLA CHACON PIÑA identificado(a) con CC 37945689 registra La siguiente información:

2026-04-21--11:05:05 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtencion Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1999-08-30	1814	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).

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 866d722-7787-4d1-a623-48882939990

Nombres y apellidos / Full name: **GLORIA STELLA CHACON PIÑA**

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

Número de identificación / ID Number: **3 7 9 4 5 6 8 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **18/03/1974**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Fiebre Amarilla	Única	11	2	2021		R3G891V	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL	sonia marcela camargo castañed
TD Adulto	Primera	11	2	2021		2338L024F	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL	sonia marcela camargo castañed
COVID ASTRAZENECA	Primera	11	6	2021	Oxford-AstraZeneca	ABX6491	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	DIANA MILENA OROZCO CALA
COVID ASTRAZENECA	Segunda	16	9	2021	Oxford-AstraZeneca	ABY0165	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	KATERINE BLANCO ORTIZ
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	1	4	2022	PFIZER	34511TB	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	YINETH KATERINE GUTIERREZ QUITIAN

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 informatión 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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141246871545

(415)7707212489984(8020) 000014124687154 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 9 4 5 6 8 9	4	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	37945689	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Socorro 7 5 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHACON	PIÑA	GLORIA	STELLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Socorro 7 5 5

41. Dirección principal: CL 14 8 59

42. Correo electrónico: juliasaenz724@gmail.com

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

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
8 6 9 9	2 0 0 9 0 1 0 1	0 0 1 0	2 0 0 9 0 1 0 1		8 6 9 2			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 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

BORRADOR 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: 17/ 04 /2026

Nombres y apellidos completos			
Primer nombré	Segundo nombré	Primer apellido	Segundo apellido
GLORIA	STELLA	CHACÓN	PIÑA

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 37945689

Lugaí de nacimiento

País: COLOMBIA Departamento: SANTANDER Municipio: SOCORRO

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA Departamento: SANTANDER Municipio: SOCORRO

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 BELI'RAN III NIVEL - SOCORRO SANI'ANDER

Lugar de sede

País: COLOMBIA Departamento: SANTANDER Municipio: SOCORRO

Dirección: Calle 15 # 9 - 51

Cargo o función que cumple: Auxiliar de enfermería

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	700.000
Cesantías e intereses de cesantías	0
Gastos de representación	$0
Arriendos	0
Honorarios	0
Otros ingresos y rentas	0
TOTAL	700.000

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	200.000

s 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 DIRECI'O O ACI'UACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

I'uve 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, 16/04/2026 04:33:03 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **37945689** y Nombre: **GLORIA STELLA CHACON PIÑA.**

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. **138388546** . 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 02:58:34 PM horas del 10/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **37945689**

Apellidos y Nombres: **CHACON PIÑA GLORIA STELLA**

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. 294466404

PIB
16:33:57

Bogotá DC, 16 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) GLORIA STELLA CHACON PIÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 37945689:

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 14:56:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	37945689
Código de Verificación	37945689260410145613

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:37:14 horas del 16/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **37945689,** Apellidos y Nombres **CHACON PIÑA GLORIA STELLA**

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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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 37945689 **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 17/04/2026 08:05 AM

Código Verificación: **WQMPB1X263**

Válida hasta: **16/07/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, GLORIA STELLA, con CC No. 37945689, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 15 de abril de 2026.

Atentamente

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

DECLARACIÓN JURAMAMENTADA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

GLORIA STELLA CHACON PIÑA, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía número 37.945.689, 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:

GLORIA STELLA CHACON PIÑA

C.C. 37.945.689 De Socorro



DRA. ROSIBEL SANDOVAL PRADA

MÉDICO GENERAL ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
R.M: 22321

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Carrera 4A 17-38 - Socorro
Celular: 3134443155
Correo electrónico: rossysandoval@hotmail.es

FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN			TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X))
DÍA	MES	AÑO	
16	4	2026	Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Otro [ ] Altura [ ]

DATOS DE LA EMPRESA CONTRATANTE

Patron:	ESE Hospital Regional Manuela Beltrán	Dirección:	Carrera 16 No 9-53 - Socorro - Santander

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de identificación
CHACON	PIÑA	GLORIA	STELLA	CC: 37.945.689

Cargo:	AUXILIAR DE ENFERMERIA EQUIPOS BASICOS							Jornada laboral:	Diurna				
Género (Marque con una x)	Femenino	X	Masculino		Fecha de nacimiento	Día	18	Mes	3	Año	1974	Edad	52



EXÁMENES REALIZADOS (marca con x)

[X] Examen físico	[ ] Rx columna lumbo sacra	[ ] Perfil renal	[ ] Tamizaje drogas
[ ] Examen físico con enfasis en osteomuscular	[X] Cuadro hemático	[ ] Frotis sangre periférica	[ ] Alcohol
[ ] Audiometría	[X] Glicemia	[ ] Hemoclasificación	[ ] Colinesterasa
[ ] Optometría	[ ] Electrocardiograma	[ ] Espermograma	[ ] Frotis faríngeo
[ ] Visiometría	[ ] Parcial de orina	[ ] TSH	[ ] KOH de uñas
[ ] Rx Tórax	[X] Perfil lipídico	[ ] Serología	[ ] Coprológico
	[ ] Perfil hepático	[ ] Ácido úrico	[ ] Baciloscopia

[ ] Evaluación neuropsicológica
[ ] Otro

CONSETIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo a la Dra Rosibel Sandoval Prada, a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, la Dra me ha explicado el propósito del examen, he analizado los beneficios , la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico, entiendo que es voluntario, autorizo a la Dra para que suministre a las personas o entidades , la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual estoy afiliada, finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

EXAMEN FÍSICO

PACIENTE DE 52 AÑOS DE EDAD, CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, CON SIGNOS VITALES DE: T.A 120/70 MMHG, FC : 70 LPM, FR 18 RPM, T 36 °C, SAO2 96 %. PESO: 51 KILOS , TALLA: 1.30 CM , INDICE DE MASA CORPORAL: 29.9
- CABEZA: PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA.
- CUELLO: MÓVIL, NO ADENOMEGALIAS, NO ADENOPATÍAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR
- TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS
- ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, , NO ADENOPATÍAS INGUINALES, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, AL EXAMEN DE COLUMNA VERTEBRAL (CERVICAL, TORACICA Y LUMBOSACRA) NO SE EVIDENCIA CURVATURA ANORMAL DE LA MISMA, NI DOLOR A LA PALPACION
- EXTREMIDADES: NO EDEMAS, PULSOS PALPABLES DE BUENA INTENSIDAD, AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR: MÚSCULOS, TENDONES, ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS DE CUELLO, ESPALDA,

RESTRICCIONES

[ ] Trabajo en alturas mayor 1.5 mts	[ ] Trabajos en temperaturas bajas	[ ] Trabajo en espacios confinados	[ ] Cargas	[X] No aplica
[ ] Trabajo en altitudes mayor 2.500 mts	[ ] Trabajos en temperaturas altas	[ ] Para conducción de vehículos	[ ] Viajes	
[ ] Trabajos en ambientes hiperbáricos	[ ] Trabajos con riesgo eléctrico	[ ] Manipulación de alimentos	[ ] Otras	

CONCEPTO MÉDICO

Tipo de examen: Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ] Post Incapacidad [ ] Cambio de cargo [ ] Trabajos especiales [ ]

[X] Concepto sin Restricciones para el cargo	[ ] Sin Restricciones para trabajo eléctrico	[ ] Requiere evaluar reubicación laboral	[ ] Sin diagnóstico de enfermedad laboral
[ ] Concepto con Restricciones para el cargo (ver restricciones)	[ ] Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas	[ ] Requiere nueva valoración	[ ] Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS/ARL
[ ] Sin Restricciones para manipulación de alimentos	[ ] Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados	[ ] Satisfactorio	[ ] Secuela de accidente de trabajo/ enfermedad laboral
[ ] Sin Restricciones para trabajo en alturas	[ ] Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria	[ ] Enfermedades de origen común	
[ ] Aplazado		[ ] Sin restricciones para continuar su labor actual	

RECOMENDACIONES

Ocupacionales

- [ ] Capacitación según matriz de riesgos y peligros
- [X] Higiene postural
- [ ] Higiene biomecánica integral
- [X] Pausas Activas
- [ ] Uso de Elementos de Protección Personal
- [X] Cultura del autocuidado

Sistema de vigilancia epidemiológica

- [ ] SVE Salud Auditiva (Énfasis en Protección Auditiva)
- [ ] SVE Cardiovascular
- [ ] SVE Salud Visual
- [ ] Corrección Óptica Permanente
- [ ] SVE Salud respiratoria
- [ ] SVE Biomecánico

Médicas

- [ ] Valoración por Optometría Prioritaria
- [ ] Valoración por Medicina general EPS
- [ ] Valoración por ARL
- [ ] Valoración por Medicina Laboral EPS
- [ ] Valoración por Nutricionista EPS

Hábitos y estilos de vida saludable

- [X] Ejercicio Físico Regular 3 veces por semana (Acondicionamiento físico)
- [X] Énfasis en estiramientos Integrales
- [X] Nutrición Balanceada Cesación de Tabaquismo
- [X] Restricción de consumo de Alcohol

Capacitación y entrenamiento

- [ ] Para trabajo en altura
- [ ] Para trabajo en espacios confinados
- [ ] Para trabajo en manipulación de alimentos

CONCEPTO MÉDICO LABORAL

PACIENTE DE 52 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PREVIOS DE HIPOACUSIA BILATERAL CORREGIDA CON AUDIFONOS, CON DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL DADA POR PRESBICIA CORREGIDOS CON LENTES BIFOCALES, EN CUANTO AL DIAGNOSTICO NUTRICIONAL PACIENTE CON INDICE DE MASA CORPORAL DE 29.9, LO QUE LA UBICA EN PACIENTE CON SOBREPESO, POR LO QUE SE RECOMIENDA INGERIR ALIMENTACION HIPOSODICA PARA EVITAR HIPERTENSION ARTERIAL, HIPOGRASA PARA EVITAR DISLIPIDEMIAS Y ENFERMEDAD CORONARIA, EVITAR EL CONSUMO DE BEBIDAS CARBONATADAS O AZUCARADAS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AL MENOS 30 MINUTOS DIARIOS, CON PARACLINICOS : QUE REPORTAN: GLICEMIA EN AYUNAS Y PERFIL LIPIDICO ENTRE LOS LIMITES NORMALES, CUADRO HEMATICO: SIN SIGNOS DE INFECCION, HEMOGLOBINA ENTRE LOS LIMITES NORMALES QUE DESCARTA ANEMIA, RECUENTO DE PLAQUETAS ENTRE LOS LIMITES NORMALES, AL EXAMEN FISICO : PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN RESTRICCIONES, QUE PONGAN EN PELIGRO SU VIDA O ALTEREN SU DESEMPEÑO, POR LO TANTO ES PERSONA ACTA SIN RESTRICCIONES PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD A LA QUE SE POSTULA, SE DAN RECOMENDACIONES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Evaluado por:

Rosibel Sandoval Prada

Dra. Rosibel Sandoval Prada
Médico General
Esp. Salud ocupacional y riesgos laborales
RM 22321

ROSIBEL SANDOVAL PRADA
R.M: 22321

Trabajador

Gloria Stella Chacón Piña

GLORIA STELLA CHACON PIÑA
CC: 37.945.689



Huella

	RESOLUCIÓN 22321	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO DE

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

EL SUSCRITO SECRETARIO 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 ROSIBEL SANDOVAL PRADA, identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 37721535, ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander.

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 expedición 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: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: ROSIBEL SANDOVAL PRADA. MEDICO - ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES identificado(a) con la cédula de Ciudadanía No. 37721535, 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 CUMPLASE, 07 DIC 2021

Dado en Bucaramanga a los

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Luis Felipe Tarazona V.- Director Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó: Johanna Patricia Reyes I. – Profesional Universitario Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Helena Gordillo O. - Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

NOTIFICACIÓN

En la oficina de Salud Ocupacional de la Secretaría de Salud de Santander

Comparece: Rosibel Sandoval Prada

Con cédula de ciudadanía Número: 37 727 535

Expedida en: 14 / Ene / 1997 Bucaramanga

Fecha: 01 / Jul / 2022

Notificado: a Rosibel Sandoval

Notificador: Helena Gordillo

Entrega de licencia: Personal ☒ Autorizado ☐

BANCOLOMBIA, BUCARAMANGA - CASA DEL LIBRO
2022 JUL. - 1
RECIBIDO Nº 004

SECRETARÍA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890.201 235-6

Recibo de recaudo No: 2502200410496

→ NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 37721535
Nombre
ROSIBEL SANDOVAL PRADA

→ TRÁMITE
CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

→ ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

PRO HOSPITAL	$3 300
PRO DESARROLLO	$1 300
PRO ELECTRIFICACIÓN	$1 700
PRO CULTURA	$3 300
PRO BIENESTAR ADULTO MAYO	$1 300
TOTAL	$10 900
Ordenanza 012/2005	$1 090
Total a pagar	**$11,990**

Con destino a:
Secretaría de Salud Departamental

→ Fecha expedición: 2022/07/01
Fecha límite de pago: 2022/07/07

	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: Socorro FECHA DD 16 MM 04 AA 2026

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL ESTUDIANTE, AFILIADO O TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Chacón	Pira	Gloria Stella	CC 37.945.689

SEXO F [X] M [ ] EDAD (años) 52 ESTADO CIVIL Casado [ ] Soltero [X] U. Libre [ ] Separado [ ]

EPS Nueva EPS AFP Colpensiones ARL Asociación Mal trabajadores

Cargo Aux Enfermería 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		en el pasado
Trastornos del sueño: insomnio, somnolencia , cansancio fatiga permanenete.		X	
Enfermedad infecciosa: fiebre y/o diarrea a repetición:			
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		Perdida de huellas
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		caminata 2 veces por semana belleza y Cuidado personal
¿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 verídica y que en éste momento no padezco ninguna condición física o emocional conocida por mí 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.

FIRMAS

Firma

C.C

Firma Lider 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

LABORATORIO CLINICO ***LABOCOR***
NIT 91068527-3
Cra. 15 N° 11 – 49 Socorro, Santander
Telefax: 7272901

Carta: 2011 - 02 - 011

Socorro, 14 de Febrero de 2011

A quien pueda interesar

Referencia **Gloria Stella Chacón Piña**

Por medio de la presente certificamos que la señora Gloria Stella Chacón Piña identificada con C.C. 37'945.689 De Socorro, prestó sus servicios como contratista en el laboratorio Labocor desde el mes de febrero del 2007 a la fecha desarrollando actividades de toma de muestras, montaje y alistamiento de pruebas, es una persona responsable, seria, comprometida con sus metas y objetivos.

Cordialmente,

Carlos Hernán Olarte R.
Bacteriólogo
UIS
Reg. 0300 C.C. 91068527

Dr. Carlos Hernán Olarte Ramirez.

Gerente laboratorio clínico ***Labocor***
Teléfono. 727 2901
Email cliente.labocor@hotmail.com

LABORATORIO CLINICO
Dr. Carlos Hernan Olarte Ramirez
Carrera 15 #11 49 Socorro
Tel. 727 2961

Socorro, 16 de Febrero de 2011

CERTIFICADO

Yo **CARLOS HERNAN OLARTE RAMIREZ** con cédula de ciudadania No 91.068.527 de San Gil, certifico que **GLORIA ESTELA CHACON PIÑA** identificada con cédula de ciudadania No 37.945.689 de Socorro, laboro en el laboratorio clinico **LABOCOCOR** como **AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO**, desde el año 2007 hasta febrero de 2011. Siendo una persona integra, responsable, cumplidora de sus deberes, honrada, y con ética profesional.

Expedida a solicitud del interesado a los 16 dias del mes de febrero de 2011

Cordialmente,

Carlos Hernan Olarte R.
Bacteriologo
UIS

CARLOS HERNAN OLARTE RAMIREZ
C.C. No 91.068.527 de San Gil
Bacteriólogo

ESE 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	16	04	2026	DEPARTAMENTO	Santander	CIUDAD	Socorro

CLASE DE VINCULACIÓN					
Cliente		Proveedor		Colaborador	

DATOS PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Gloria	Stella	Charón	Piña

TIPO DE IDENTIFICACIÓN			No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
C.E.	T.I.	OTRO	37.945.689	Socorro/Stder	15-09-1992

FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN U OFICIO	TELÉFONO CELULAR
18-03-1974	Socorro	Aux Enfermeria	3213873557

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Socorro calle 15-#9-57

FECHA CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (DD/MM/AAAA)		DÍA	MES	AÑO
TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS		TOTAL PATRIMONIO	
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		OTROS INGRESOS MENSUALES	
ESTADO CIVIL		CORREO ELECTRÓNICO			

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

DATOS PERSONA JURÍDICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	DV

TIPO DE EMPRESA			SECTOR DE LA ECONOMÍA	CIIU

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	TELÉFONO (S)

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA	DÍA	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.

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		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 16 días del mes de abril del año 2026, en la ciudad de Socorro	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			

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GLORIA STELLA CHACON PIÑA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **37945689,** se encuentra afiliado/a desde **25/10/2000** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de abril de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) GLORIA STELLA CHACON PI?A identificado(a) con CC 37945689 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/10/2022

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO**

Categoría: **SISBEN_1** ?

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

Socorro, 05 de mayo de 2026

Doctor
ROBINSON SARMIENTO GARCIA
Gerente
E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán

ASUNTO: INFORME DE VERFICACION DE REQUISITOS- CONDICIONES Y CALIDADES DE LOS OFERENTES.

MODALIDAD: PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA ORIENTADOS A LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NO. SAMC-SOC-2026-01, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN Y EL MUNICIPIO DE EL SOCORRO S.

PRESUPUESTO OFICIAL: DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($17.500.000).

a continuación, se procede a realizar la verificación de los requisitos condiciones y calidad del oferente GLORIA STELLA CHACON PIÑA.

PROPONENTE: GLORIA STELLA CHACON PIÑA.		
	CUMPLE	
REQUISITOS DE ORDEN LEGAL	**SI**	**NO**
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA O COTIZACION DEL BIEN O SERVICIO A OFERTAR.	**X**	
CEDULA DE CIUDADANIA DEL PROPONENTE. Fotocopia de la cedula de ciudadanía del proponente si es persona natural o del representante legal del proponente, si es persona jurídica.	**X**	
LIBRETA MILITAR DEL PROPONENTE O REPRESENTANTE LEGAL. En cao de ser persona Jurídica, menor de 50 años,	**N/A**	**N/A**

HOJA DE VIDA FUNCIÓN PÚBLICA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL.	X	
RUT ACTUALIZADO. Se debe anexar el Registro Único Tributario expedido por la DIAN de las personas naturales, de las personas jurídicas, y de cada uno de los integrantes de las uniones Temporales y Consorcios que llegaren a presentarse.	X	
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL. los proponentes Personas Jurídicas, deberán acreditar su existencia y Representación Legal, mediante la presentación del Certificado otorgado por la Cámara de Comercio o por la entidad competente, con fecha de expedición no superior a 30 días, contados retroactivamente a partir de la fecha de cierre del presente proceso, dicho certificado debe estar renovado y vigente a la fecha de la presentación de la oferta. En caso de que el Proponente sea Persona Natural, deberá estar inscrito en la Cámara de Comercio, para lo cual debe presentar el respectivo Registro Mercantil.	N/A	N/A
CERTIFICADO MEDIDAS CORRECTIVAS PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURÍDICA	X	
ANTECEDENTES JUDICIALES PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURIDICA. Ningún Proponente, podrá presentar antecedentes judiciales vigentes que impliquen inhabilidad para contratar con e estado, a la fecha establecida para el cierre del presente proceso, para lo cual es proponente deberá adjuntar dicho certificado.	X	
ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURIDICA. Ningún proponente, podrá presentar antecedentes disciplinario vigentes que implique inhabilidad para contratar con el estado, a la fecha establecida para el cierre del presente proceso, de conformidad con lo establecido en la Ley 1238 de 2008, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado.	X	
ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EMPRESA / PERSONA JURÍDICA. Ningún proponente, podrá presentar antecedentes disciplinarios vigentes que impliquen inhabilidad para contratar con el estado, a la fecha establecida para el cierre del presente proceso, de conformidad con lo establecido en el Ley 1238 de 2008, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado.	N/A	N/A
ANTECEDENTES FISCALES PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURIDICA. De conformidad con lo consagrado en el articulo 60 Ley 610 de 2000 y el parágrafo primero del articulo 38 de la Ley 734 de 2002, ningún proponente, podrá estar registrado en el boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la Republica vigente a la fecha de cierre	X	

del presente proceso, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado. Para el caso de consorcios o Uniones Temporales cada uno de los miembros que lo componen debe cumplir con este requisito.		
ANTECEDENTES FISCALES EMPRESA / PERSONA JURIDICA. De conformidad con lo consagrado en el articulo 60 Ley 610 de 2000 y el parágrafo primero del articulo 38 de la Ley 734 de 2002, ningún proponente, podrá estar registrado en el Boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la Republica vigente a la fecha de cierre del presente proceso, parao lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado. Para el caso de Consorcios Uniones Temporales cada uno de los miembros que lo componen debe cumplir con este requisito.	N/A	N/A
CERTIFICADO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXULES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	X	
REDAM-REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS	X	
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES. El proponente debe acreditar que se encuentra al día en el pago de Seguridad Social Integral, así como los parafiscales de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), de la caja de Compensación Familiar cuando a ello hubiere lugar. Cuando se trate de un oferente que actúa en calidad de persona jurídica directamente o en Consorcio o Unión Temporal, deberá anexar una certificación expedida por el Revisor Fiscal, cuando éste exista de acuerdo con los requerimientos de Ley, o por el Representante Legal de la sociedad, en la que se acredite el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), cuando a ello hubiere lugar, correspondiente a los últimos seis (6) meses. Los proponentes, personas naturales, deberán manifestar expresamente bajo la gravedad del juramento, en documento separado presentado con la oferta, si tiene o no a su cargo un número de personas que de acuerdo con cada uno de los regímenes de pensiones, salud, aportes a las cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, le hacen obligatoria la afiliación y pago por sus trabajadores a esos sistemas, adicionalmente deberán acreditar el pago de los aportes parafiscales y seguridad social de los últimos seis meses.	X	
DECLARACIÓN JURAMENTADA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. Podrán participar en el presente proceso las personas en las cuales NO se tipifique alguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad consagradas en la Constitución y la Ley.	X	

En caso de presentarse inhabilidades o incompatibilidades sobrevivientes dentro del presente proceso, se entenderá que el proponente renuncia a la participación en dicho proceso y a los derechos que surgieren del mismo. Igualmente deberá registrar la información en el compromiso anticorrupción.		

EXPERIENCIA	CUMPLE SI / NO
Acreditar experiencia específica en actividades iguales o similares al objeto del presente proceso de contratación, que deberá ser acreditada presentando una certificación de contrato y/o acta de liquidación.	SI (el oferente ha ejecutado contratos y presenta certificaciones relacionados con el objeto)

Dado en Socorro, a los cinco (05) de mayo de 2026,

JUAN CARLOS PEÑA MARTINEZ
Subdirector Científico
E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltran

Proyectó:
Eliana María Bonilla Mora
Apoyo Profesional Oficina Juridica

Revisó:
Jennifer Figueredo Ardila
Apoyo Profesional Subdirección Científica