Socorro, 07 de mayo del 2026

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

REFERENCIA: CONTRATACION ENFERMERA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026

La suscrita: **MARIA CAMILA AVELLANEDA ROJAS** 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 contrato de **ENFERMERA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

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:

- Certificado de humanización de los servicios de salud
- Certificado de seguridad del paciente
- Certificado de formación en ACLS Y BLS vigente menor a (2) años
- Certificado de atención centrada en el usuario

- Certificado de curso de atención integral en salud con enfoque psicosocial a victimas del conflicto armado
- Certificado de formación y manejo del Dengue
- Certificado de transparencia e integridad
- Certificado de MIPG

María Camila Avellaneda

C.C :1.005.238.383 de Aratoca

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.005.238.383**
AVELLANEDA ROJAS
APELLIDOS
MARIA CAMILA
NOMBRES

María Camila Avellaneda
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ENE-2001**
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

14-ENE-2019 ARATOCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2701000-01071878-F 1005238383 20190410 **00651**93348A 2 50673069

FORMATO ÚNICO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Avellaneda	Rojas	Maria Camila

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1005238383	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 01 AÑO 2001

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 4N 1 30

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO ARATOCA

TELÉFONO 3165623096 EMAIL m.camilarojas1001@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2017
										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	10	X		ENFERMERIA	06	2024	1005238383

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE	04	2024
CERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	70	X		SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)	08	2024
CERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	05	2026
CERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		Atención centrada en el usuario en servicios de salud	05	2026
CERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		TRANSPARENCIA E INTEGRIDAD DE FUNCIÓN PÚBLICA (BÁSICO)	05	2026
CERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG (CURSO BÁSICO)	05	2026
CERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL - CÓDIGO FUCSIA	05	2026
CERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		FORMACIÓN EN HUMANIZACIÓN Y CALIDAD EN SERVICIO DE SALUD	05	2026
CERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI)	05	2026
CEERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		AIEPI CLINICO Y COMUNITARIO	05	2026
CERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGRAL (IAMI)	05	2026
CERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		RESOLUCIÓN 3280 DE SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	05	2026
CERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)	05	2026
CERTIMEDICAS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		EXAMEN CLINICO DE MAMA	05	2026

4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JUAN PABLO II - ARATOCA (SANTANDER)			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: SANTANDER	MUNICIPIO: ARATOCA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 6916967	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	21	Mes	08	Año	2025	Día	20	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1680 2009 ENFERMERA	DEPENDENCIA: ENFERMERA JEFE					DIRECCIÓN: AVENIDA null null null EL RAMAL						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JUAN PABLO II - ARATOCA (SANTANDER)			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: SANTANDER	MUNICIPIO: ARATOCA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	03	Mes	03	Año	2025	Día	02	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA ORDEN DE PRESTAC	DEPENDENCIA: ENFERMERA JEFE					DIRECCIÓN: AVENIDA CARRERA null null null EL RAMAL						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: MEDICUC I.P.S			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: SANTANDER	MUNICIPIO: BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	24	Mes	09	Año	2024	Día	24	Mes	02	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 028 DE 2007 COORDINADORA	DEPENDENCIA: ENFERMERA JEFE					DIRECCIÓN: CARRERA 33 54 135						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: SANTANDER	MUNICIPIO: BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 6985833	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	06	Mes	02	Año	2024	Día	06	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1680 2009 ENFERMERA	DEPENDENCIA: ADMINISTRATIVA - CALIDAD					DIRECCIÓN: CARRERA 9 12 1 NORTE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS						
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN						

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

María Camila Avellaneda

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre

La Universidad de Santander

UDES

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional de conformidad con la Personería Jurídica No. 810 del 12 de marzo de 1996 y la Resolución No. 6216 del 22 de diciembre de 2005

Teniendo en cuenta que:

María Camila Avellaneda Rojas

C.c No. *1005238383* Expedida en: *Aratoca / Santander*

Cursó y aprobó los estudios y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el título de:

Enfermera

En constancia de lo anterior se firma y sella este Diploma, en la ciudad de Bucaramanga, el día *10* del mes *Julio* del año *2024*

Rector

Secretaria General

Director del Programa

Registrado en el folio *104256* Libro *E-1* Nº de Acta *105750* Diploma No. *94480*

Verificación: https://authdocs.udes.edu.co
Código: 20240711110718CDD1005238383D1P2

Universidad de Santander
UDES

VIGILADA MINEDUCACIÓN | SNIES 2832

VIGILADA MINEDUCACION Institución de Educación Superior Sujeta a Inspección y Vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional / Artículo 4, Resolución 12220 de 2016

ACTA DE GRADO No. 105750

En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia el ***DIEZ (10)*** *día del mes de* ***JULIO*** *del año* ***DOS MIL VEINTICUATRO (2024)****, se reunió el Consejo Académico de la* ***UNIVERSIDAD DE SANTANDER,*** *presidió la sesión JOSÉ PATRICIO LÓPEZ JARAMILLO y obró como Secretario JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN. Considerando el Consejo que:*

María Camila Avellaneda Rojas
C.C. 1005238383 de Aratoca / Santander

Cumplió con las disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias. En consideración a lo anterior y obrando en nombre de la República de Colombia se le otorgó el título de:

Enfermera
SNIES: 7406

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

En constancia se extiende y firma la presente acta.

Hay un sello que dice: REPÚBLICA DE COLOMBIA, BUCARAMANGA, UNIVERSIDAD DE SANTANDER.
Es fiel copia de su original tomada el día ***DIEZ (10)*** *del mes de* ***JULIO*** *de* ***DOS MIL VEINTICUATRO (2024).***

Registrado en el Folio No 104256 *Libro* E-1 *Diploma No.* 94480

JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN
Secretario General

La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio San Luis

Aratoca - Santander

Aprobado por la Secretaría de Educación de Santander
mediante Resolución No. 00325 de Enero 16 de 2017.

Confiere a

María Camila Avellaneda Rojas

Identificado(a) con D.I. No. 1.005.238.383 Expedida en Aratoca

El Título de

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

COLEGIO SAN LUIS ARATOCA SANTANDER

Rector

Secretaria

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 03 Folio No. 30 Diploma No. 07

Dado en Aratoca, a 6 de diciembre del año 2017

AA Arismar

COLEGIO SAN LUIS

ARATOCA - SANTANDER

DANE	168051000224
INSCRIPCION	S.E. 019
JORNADA	DIURNA

Acta Individual de Grado

En la ciudad ARATOCA a los 6 días del mes de DICIEMBRE del año 2017 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de undécimo grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del **COLEGIO SAN LUIS**

Institución APROBADA HASTA UNDÉCIMO GRADO en el nivel de Educación Media **ACADÉMICA** y APROBADO POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE SANTANDER para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad **ACADÉMICA**, SEGÚN RESOLUCIÓN No. 00325 DE ENERO 16 DE 2017.

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

BACHILLER ACADÉMICO

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

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS
D.I. 1.005.238.383 DE ARATOCA

es fiel copia tomada del Acta Original General No. 035 de fecha DICIEMBRE 6 DE 2017 que consta de ___ estudiantes y que inicia con el nombre de **ACUÑA ECHAVARRIA ANDREA FERNANDA** y cierra con el nombre de **VILLOTA GARCÉS PETER ORLANDO**

Firmada y sellada por **EDINSON ADARME JAIMES** (Rector(a)) y **CARMEN JANETH ADARME JAIMES** (Secretario(a)).

Dada en ARATOCA a los 6 días del mes de DICIEMBRE del año 2017

Firmado y Sellado por

Rector
C.C 91.451.671 DE ARATOCA

Secretaria
C.C. 27.978.285 DE ARATOCA

Diploma No. 7

Arismar

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía

No° : 1005238383

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

ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGRAL (IAMI) (BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 06/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía

No° : 1005238383

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

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG (CURSO BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 05/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía

No° : 1005238383

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

AIEPI CLINICO Y COMUNITARIO (CURSO BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 06/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía
No° : 1005238383
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI) (BASICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 06/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía
No° : 1005238383
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

FORMACIÓN EN HUMANIZACIÓN Y CALIDAD EN SERVICIO DE SALUD (BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 06/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía

No° : 1005238383

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

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL - CÓDIGO FUCSIA (BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 06/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía
No° : 1005238383
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) (CURSO BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 06/05/2026/
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CERTIMEDICAS

CERTIMEDICAS
NIT: 901 732 310-8

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con cedula de ciudadania N°1005238383

Asistió al curso de:

CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de 70 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 16/08/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifique Validez

SHEILA MORA
GERENTE

2024

FELIPE VILLAFAÑE
REPRESENTANTE LEGAL

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía
No° : 1005238383
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

TRANSPARENCIA E INTEGRIDAD DE FUNCIÓN PÚBLICA (BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 05/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

662a82dc-0124-424c-a981-ec4fac1f521e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Maria Camila Avellaneda Rojas

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: 75,00 %

25 de abril de 2024

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=662a82dc-0124-424c-a981-ec4fac1f521e

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía
No° : 1005238383
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

EXAMEN CLINICO DE MAMA

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 06/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía
No° : 1005238383
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

Atención centrada en el usuario en servicios de salud (CURSO BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 05/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía
No° : 1005238383
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

RESOLUCIÓN 3280 DE SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (CURSO BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 06/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

PREYNER LEÓN

SHEYLA MORA

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía

No° : 1005238383

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

BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 05/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Maria Camila Avellaneda Rojas

C.C 1.005.238.383

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 11 de mayo 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769494427000

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía

No° : 1005238383

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

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 11/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía

No° : 1005238383

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

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 11/05/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Maria Camila Avellaneda Rojas

C.C 1.005.238.383

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., 13 de mayo 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 769530557206

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".

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Maria Camila Avellaneda Rojas

C.C 1.005.238.383

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 11 de mayo 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769494427000

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN UNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS
C.C. 1.005.238.383
Universidad De Santander
Bucaramanga
Fecha de Expedición del Diploma: 10/07/2024
Fecha de Inscripción en Rethus: 02/08/2024

62952

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Resultado General -2025-02-11--11:36:30 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1005238383	MARIA	CAMILA	AVELLANEDA	ROJAS	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) MARIA CAMILA AVELLANEDA ROJAS identificado(a) con CC 1005238383 registra La siguiente información:

2025-02-11--11:36:30 AM

Información Académica

Tipo Formación	Origen Obtención Título	Profesión / Ocupación	Fecha Grado / Acta / Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Educativa
UNV	**Local**	**ENFERMERIA**	**2024-08-02**	**1005238383**	**ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA**

Datos SSO

Tipo Vinculación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa de Salud	Entidad Administradora
Exonerado del SSO	**Local**	**COLOMBIA|NO APLICA|**	**1900-01-01**	**1900-01-01**	**Sin Modalidad**	**Enfermería**	**ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA**

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).

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB
CARNET DE VACUNACIÓN

Nombres y Apellidos: MARIA CAMILA AVELLANEDA ROJAS Documento: CC 1005238383 Fecha Nacimiento: 10/01/2001 Fecha Generación: 23/08/2024

Edad	Me protege de	Dosis	Tipo Esquema	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunador
				Dia	Mes	Año				Dia	Mes	Año	
12 meses	Fiebre amarilla	Única	PAI	27	7	2019		P3G731V	ARATOCA ESE HOSPITAL JUAN PABL				Hilda Ramirez Ramirez
9 años	VPH	Primera	PAI	9	5	2013		J000002	ARATOCA ESE HOSPITAL JUAN PABLO III	9	11	2013	
	VPH	Tercera	PAI	27	7	2019		R019352	ARATOCA ESE HOSPITAL JUAN PABLO III				Hilda Ramirez Ramirez
	VPH	Segunda	PAI	29	10	2013		J004440	ARATOCA ESE HOSPITAL JUAN PABLO III	30	12	2018	
Sin rango de edad	COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	PAI Adicional	9	2	2022	Oxford-AstraZeneca	NM0219	IPS COOMULTRASAN SEDE 2				DAISY CAROLINA ARDILA ALBARRACIN
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	PAI Adicional	20	4	2021	PFIZER	ET6924	GRUPO EXTRAMURAL CENTRO DE ACOPIO CLINICA GUANE	11	5	2021	BLANCA MARLENY URIBE ORTIZ
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	PAI Adicional	11	5	2021	PFIZER	FA9100	GRUPO EXTRAMURAL CENTRO DE ACOPIO CLINICA GUANE				ADRIANA MIREYA PARRA PRADA
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	PAI Adicional	18	8	2023	BUTANTAN	230050	BUCARAMANGA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	17	8	2026	CINDY LORENA VELANDIA CALA
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	PAI Adicional	3	5	2024	Green Cross	V50524002	BUCARAMANGA UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA	1	5	2033	ORFENIA CALDERON
Sin rango de edad	TD Adulto	Cuarta	PAI Adicional	27	7	2019		221501517B	ARATOCA ESE HOSPITAL JUAN PABL	27	7	2020	Hilda Ramirez Ramirez
Sin rango de edad	TD Adulto	Primera	PAI Adicional	14	7	2018		221501316A	FLORIDABLANCA FUNDACION OFTALM	14	8	2018	Slendy Azucena Galvis Chaparr

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: María Camila

Apellidos: Avellaneda Rojas

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1005238383

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 01 Año 2001

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maria Camila

Apellidos: Avellaneda Rojas

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1005238383

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 01 Año 2001

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Maria Camila

Apellidos: Avellaneda Rojas

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte No. 1005238383

Fecha de Nacimiento: Día 10 Mes 01 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20-4-21	Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine		E.S.E. CLINICA GUANE Y sus Centros de Salud Floridablanca	Blanca Uribe	63.392651
	2	11 MAY 2021	Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine		E.S.E. CLINICA GUANE Y sus Centros de Salud Floridablanca	Blanca Marleny Uribe Ortiz C.C. 63.392.651 Enfermería	
		09 FEB 2022	Astrazeneca	NMO 219	Comultrasan Cañaveral	Daisy Carolina Ardila Albarracín Auxiliar de enfermería Resolución: 018934	

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	18/02/22	R10031208T	
Influenza	Anual	18/08/23	230050	María Pinilla
Otras Influenza	Anual	03/05/24	V 50524002	Orfenia Calderón
Influenza-Julio		28/25	V50525005	Espei Ananay

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	26/07/10	Sercum 012N8022	Erica.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	14 JUL 2018	Biological 22150131GA	Keylor
	2	Esquema Dpt Completo		
	3	Esquema Dpt Completo		
	4	27Julio19	Biological 22150151 7B	Carmen.
	5	25Feb22	23436758D	
Contra Hepatitis B	1	26 Agosto/19	AHBVC819AC	
	2	04-02-2020	UFX19001	
	3	12-03-2021	UFX19001	Nancy P.
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unica	27Julio19	Sanofi P35731Y.	Carmen.
Contra Influenza	14 JUL 2018		Green Cross V50218009	Keylor
	Anual	24/02/2021	V50219007	Viviana
Virus de Papiloma Humano	1º	9/05/13	Gardazil J000002.	Carmen.
	2º	27/07/19	Merck R027276	Carmen.
Varicela	1ra	16/03/21	A70FD438A	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141120942315

(415)7707212489984(8020) 000014112094231 5

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 5 2 3 8 3 8 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Aratoca 0 5 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AVELLANEDA	ROJAS	MARIA	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal: CR 14 # 200 - 193 AP Terrarium Ap 1106

42. Correo electrónico: m.camilarojas1001@gmail.com

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

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 2	2 0 2 4 0 8 3 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-08-30 / 04:38:38PM

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 AVELLANEDA ROJAS MARIA CAMILA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-05-06 21:16

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	CAMILA	AVELLANEDA	ROJAS

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1005238383

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	ARATOCA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	ARATOCA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL - SOCORRO SANTANDER

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SOCORRO

Dirección	["Carrera 16 No. 9-53 Socorro - Santander"]
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 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$42.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$42.000.000,00

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a 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
GUSTAVO		MORENO	BELTRAN

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1098739269

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:

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, 03/05/2026 11:35:18 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1005238383** y Nombre: **MARIA CAMILA AVELLANEDA ROJAS.**

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. **139377799** . 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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:36:28 AM horas del 03/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1005238383**

Apellidos y Nombres: **AVELLANEDA ROJAS MARIA CAMILA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 295220522

PIB
12:36:49

Bogotá DC, 03 de mayo 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) MARIA CAMILA AVELLANEDA ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005238383:

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

Olga Lucía Tibocha Cortés
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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 domingo 03 de mayo de 2026, a las 11:39:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1005238383
Código de Verificación	1005238383260503113934

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:42:31 horas del 03/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1005238383,** Apellidos y Nombres **AVELLANEDA ROJAS MARIA CAMILA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO**, con NIT **900190045-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1005238383 **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 04/05/2026 10:00 AM

Código Verificación: **3KYWG728QM**

Válida hasta: **02/08/2026**

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, MARIA CAMILA AVELLANEDA ROJAS, con CC No. 1005238383, 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 3 de mayo 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

MARIA CAMILA AVELLANEDA ROJAS mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía número 1.005.238.383, expedida en ARATOCA SANTANDER de profesión ENFERMERA PROFESIONAL, 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:

María Camila Avellaneda

MARIA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

C.C. 1.005.238.383. DE ARATOCA

medifam
medicina familiar ambulatoria ips

Nit. 900.463.757-8
Tel. 6 653009- Cel. 317 439 7105 - 313 858 4268
Carrera 5 No. 5-74 Frente al Hospital Local de Piedecuesta
medifam.s.a.s.ips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.437

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	08 MES	2024 AÑO	PIEDECUESTA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
AVELLANEDA ROJAS MARIA CAMILA	FEMENINO	23 AÑOS 7 MESES 20 DÍAS	CC Tipo	1005238383 Número

C[illegible]
E[illegible]ERMERA PROFESIONAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
	OTROS : RECOMENDACIONES COVID	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Dr. Walter E. Gutiérrez P.
Médico Cirujano
R.M. 1462
UNILIBRE

Firma:

Nombre: GUTIERREZ PEREZ WALTER ENRIQUE

R. M.: 1462 L.S.O.: 07506

Código de Seguridad
G427M1S15437

Aspirante o Trabajador

María Camila Avellaneda

Firma:

Nombre: AVELLANEDA ROJAS MARIA CAMILA

CC: 1005238383

	RESOLUCIÓN 07506	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 WALTER ENRIQUE GUTIERREZ PEREZ , identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 72129934, 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: WALTER ENRIQUE GUTIERREZ PEREZ. MEDICINA - ESPECIALISTA EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO identificado(a) con la cédula de Ciudadanía No. 72129934, 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,
Dado en Bucaramanga a los 17 SEP 2020

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

Elaboró ELKIN URIBE
Revisó YELITZA LILIBETH HERNANDEZ
VoBo LUIS FELIPE TARAZONA VILLAMIZAR

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

CIUDAD :	SOCORRO SANTANDER	FECHA	7	5	2026

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL ESTUDIANTE, AFILIADO O TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
AVELLANEDA	ROJAS	MARIA CAMILA	1.005.238.383

SEXO	F [X]	M [ ]	EDAD (años)	25	ESTADO CIVIL	Casado [ ]	Soltero [ ]	U. Libre [X]	Separado [ ]

EPS	ECOPETROL	AFP	PROTECCION	ARL	POSITIVA

Cargo		Dependencia	

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

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

Enfermedad o Sintomas	SI	NO	observación, aclaración, tratamiento actual con
Trastorno Osteomuscular Dolor de cuello, espalda, lumbar, brazos, piernas, dormimiento de las manos, calambres.		X	
Trastornos del equilibrio: Mareo, vértigo, debilidad, ruido en oidos:		X	
Trastornos del sueño: insomnio, somnolencia , cansancio fatiga permanenete.		X	
Enfermedad infecciosa: fiebre y/o diarrea a repetición:		X	
Trastorno auditivo: perdida devaudicion, tinitus,		X	
Trastorno visual. Fatiga o cansancio visual, uso de gafas		X	
Trastrorno de la piel: resequedad, descamacion fisuras, heridas, perdida huella dactilar.		X	
Trastorno respiratorio: asma, epoc, sensacion de ahogo con pequeños esfuerzos		X	
Trastorno neurologico: migraña, dolor de cabeza frecuente, convulsiones, desmayo.		X	
Trastorno Digestivo: gastritis, colon irritable, estreñimiento, dolor, llenura o distencion abdominal persistente.		X	
Trastorno del estado de animo: tristeza melancolia, inquietud, irritabilidad		X	
Trastrorno endocrino o inmunologico: Diabetes, hipoglicemia, baja de las defensas, inmunosupresion, anemia.		X	
Consumo de medicamentos que afectan Órganos de los sentidos, capacidad de reacción, vigilia o función neuromuscular, inmunologica (Ej: loratadina, corticoide-prednisona, alprazolan)		X	
Ha tenido dificultades o conflictos generados por la ingesta de alcohol		X	
Ha requerido hospitalización en el ultimo año, porque?		X	
¿Durante el último año ha sido incapacitado? Porqué?		X	
¿Cuantos dias de incapacidad médica?		X	
¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?	X		Running.
¿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 mi que pueda afectar mi desempeño durante la realizacion de mis actividades o que pueda generar riesgo para mis compañeros, asi 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 Maria Camila Avellaneda	
C.C 1.005.238.393	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 Maria 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

EL SUSCRITO GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JUAN PABLO II DE ARATOCA - SANTANDER

CERTIFICA

Que revisados los archivos contractuales de la ESE HOSPITAL JUAN PABLO II DE ARATOCA - SANTANDER se encontró que la **MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.005.238.383 de Aratoca Santander, celebro y ejecuto el contrato de prestación de servicios profesionales que se describe a continuación, así:

CLASE DE CONTRATO: CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
CONTRATANTE: ESE HOSPITAL JUAN PABLO II DE ARATOCA
CONTRATISTA: MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS
NUMERO CONTRATO: 249-2025
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) DEL PROGRAMA TERRITORIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD APS-EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD PARA EL ÁREA URBANA EQUIPO BÁSICO N° 5, SEGÚN RESOLUCIÓN N° 00000709 DEL 24-04-2025 POR LA CUAL SE EFECTUA UNA ASIGNACIÓN DEL RECURSO DEL PRESUPUESTO DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DEL RUBRO APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA SALUD LEY 100 DE 1993 PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO BÁSICO EN LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE ARATOCA-SANTANDER POR MEDIO DE LA E.S.E HOSPITAL JUAN PABLO II DE ARATOCA.
VALOR: VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS MCTE ($24.000.000)
PLAZO: CUATRO (04) MESES
FECHA DE INICIO: 21 DE AGOSTO DEL 2025
FECHA TERMINACIÓN: 20 DE DICIEMBRE DEL 2025

- ALCANCE DEL OBJETO: Asistir al Fortalecimiento de Capacidades y Capacitaciones asignadas para la ejecución del objeto contractual.
- Elaborar plan de trabajo y cronograma para el despliegue de los Equipos básicos de Salud en el territorio asignado
- Coordinar la planeación de las operaciones mensuales del Equipo Básico de Salud asignado, de los perfiles profesionales y Técnicos del mismo.
- Realizar mapeo y cartografía social del territorio de abordaje asignado y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio.
- Informar a los presidentes de la Junta de Acción Comunal sobre las acciones que desarrollara el Equipo Básico de Salud en el Territorio asignado.
- Informar a la comunidad las acciones que desarrollarán los Equipo básico de salud a través de medios y herramientas comunicativas.
- Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación.

- Formulación del Plan Integral de Cuidado Primario Individual, Familiar y Comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores.
- Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitario por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado.
- Gestionar la prestación de los servicios de salud (Promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en la salud pública.
- Apoyar las intervenciones y procedimientos permitidos por el último lineamiento emitido por el Ministerio de Salud y Protección social en relación a la Resolución 3280 de 2018.
- Brindar educación para la salud e información orientada a la Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.
- Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. Plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario.
- Apoyar la canalización a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.
- Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.
- Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de los barrios y microterritorios abordados por el equipo.
- Convocar y coordinar mesas de trabajo con las EAPB para socializar aspectos relacionados con la Operación de los Equipos Básicos de Salud y la complementariedad de sus acciones en el marco de las redes de prestación de los servicios de salud habilitados en el territorio.
- Convocar a comités mensuales con las EAPB y ente territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la red de prestación de servicios y superación de barreras identificadas en la operación de los Equipos Básicos de Salud.
- Comités de seguimiento con Entidad Territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la oferta de otros sectores y la superación de barreras identificadas en la operación de los Equipos Básicos de Salud.

- Apoyar procesos de consolidación de la información según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para el municipio de Aratoca dentro de la operación de los Equipos Básicos de Salud.
- Planear y ejecutar las Jornadas de Salud Extramurales que se requieran en articulación con la E.S.E. Hospital Juan Pablo II y los actores del municipio.
- Demás actividades designadas por el supervisor del contrato. Entregables (medios de verificación): Planillas de asistencia y evidencias fotográficas de la actividad.

En constancia de lo anterior, se procede a expedir la presente certificación a solicitud del interesado, en el Municipio de Aratoca - Santander, a los diez (10) días del mes de febrero del año (2026).

EDGAR VEGA MARTINEZ
Gerente (E)

Proyecto: E.T.G.G./auxiliar Administrativa _____
Visto Bueno: O.S.B./Asesor jurídico externo _____
Aprobó: E.V.M./Gerente _____

EL SUSCRITO GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JUAN PABLO II DE ARATOCA - SANTANDER

CERTIFICA

Que revisados los archivos contractuales de la ESE HOSPITAL JUAN PABLO II DE ARATOCA - SANTANDER se encontró que la **MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.005.238.383 de Aratoca Santander, celebro y ejecuto el contrato de prestación de servicios profesionales que se describe a continuación, así:

CLASE DE CONTRATO: CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
CONTRATANTE: ESE HOSPITAL JUAN PABLO II DE ARATOCA
CONTRATISTA: MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS
VALOR: VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS MCTE ($24.000.000)
PLAZO: TRES (03) MESES
FECHA DE INICIO: 03 DE MARZO DEL 2025
FECHA TERMINACIÓN:02 DE JUNIO DEL 2025

- ALCANCE DEL OBJETO: Asistir al Fortalecimiento de Capacidades y Capacitaciones asignadas para la ejecución del objeto contractual.
- Elaborar plan de trabajo y cronograma para el despliegue de los Equipos básicos de Salud en el territorio asignado
- Coordinar la planeación de las operaciones mensuales del Equipo Básico de Salud asignado, de los perfiles profesionales y Técnicos del mismo.
- Realizar mapeo y cartografía social del territorio de abordaje asignado y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio.
- Informar a los presidentes de la Junta de Acción Comunal sobre las acciones que desarrollara el Equipo Básico de Salud en el Territorio asignado.
- Informar a la comunidad las acciones que desarrollarán los Equipo básico de salud a través de medios y herramientas comunicativas.
- Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación.
- Formulación del Plan Integral de Cuidado Primario Individual, Familiar y Comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores.
- Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitario por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado.
- Gestionar la prestación de los servicios de salud (Promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en la salud pública.
- Apoyar las intervenciones y procedimientos permitidos por el último lineamiento emitido por el Ministerio de Salud y Protección social en relación a la Resolución 3280 de 2018.

- Brindar educación para la salud e información orientada a la Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.
- Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. Plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario.
- Apoyar la canalización a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.
- Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.
- Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de los barrios y microterritorios abordados por el equipo.
- Convocar y coordinar mesas de trabajo con las EAPB para socializar aspectos relacionados con la Operación de los Equipos Básicos de Salud y la complementariedad de sus acciones en el marco de las redes de prestación de los servicios de salud habilitados en el territorio.
- Convocar a comités mensuales con las EAPB y ente territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la red de prestación de servicios y superación de barreras identificadas en la operación de los Equipos Básicos de Salud.
- Comités de seguimiento con Entidad Territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la oferta de otros sectores y la superación de barreras identificadas en la operación de los Equipos Básicos de Salud.
- Apoyar procesos de consolidación de la información según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para el municipio de Aratoca dentro de la operación de los Equipos Básicos de Salud.
- Planear y ejecutar las Jornadas de Salud Extramurales que se requieran en articulación con la E.S.E. Hospital Juan Pablo II y los actores del municipio.
- Demás actividades designadas por el supervisor del contrato. Entregables (medios de verificación): Planillas de asistencia y evidencias fotográficas de la actividad.

En constancia de lo anterior, se procede a expedir la presente certificación a solicitud del interesado, en el Municipio de Aratoca - Santander, a los veintiocho (28) días del mes de Julio del año (2025).

EDGAR VEGA MARTINEZ
Gerente (E)

Proyecto: E.T.G.G./auxiliar Administrativa _____
Visto Bueno: O.S.B./Asesor jurídico externo _____
Aprobó: E.V.M./Gerente _____

VIGILADO Supersalud

medicuc IPS
Servicios Integrales de Atención Médica Domiciliaria

NIT 900204617-5

EL DEPARTAMENTO DE NOMINA Y DE GESTION HUMANA MEDICUC IPS LTDA

CERTIFICA

Que, la señora **AVELLANEDA ROJAS MARIA CAMILA** identificada con cédula de ciudadanía número 1005238383 labora para nuestra empresa desempeñando el cargo **COORDINADOR RUTA ENFERMERIA** desde el 24 de septiembre del 2024 hasta el 24 de febrero del 2025 con contrato bajo la modalidad a obra o labor.

Se expide a solicitud del interesado a los nueve (09) días del mes de abril del dos mil veinticinco (2025).

LISBETH MONCADA VELANDIA
PROFESIONAL DE NOMINA

CRA 21 A # 35 – 134 Cañaveral - Floridablanca
6663279 ext. 2104-2105- 2107
profesionaldecontratacion@redinsalud.com

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AVELLANEDA ROJAS MARIA CAMILA** identificado(a) con **CC** número **1.005.238.383** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de noviembre de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 03 de mayo de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

14 de mayo del 2026

Señores

Hospital Regional Manuela Beltrán

Socorro – Santander

Asunto: Afiliación a régimen exceptuado y cumplimiento de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Cordial saludo,

Yo, MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.005.238.383 de Aratoca/Santander, me permito informar que actualmente me encuentro afiliada como beneficiaria al régimen exceptuado de salud de Ecopetrol.

Conforme al artículo 2.1.13.5 del Decreto 780 de 2016 y demás normas aplicables a los regímenes exceptuados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los servicios asistenciales se prestan de manera exclusiva a través del régimen de excepción de Ecopetrol. Así mismo, las prestaciones económicas reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tales como incapacidades y licencias, en caso de generarse, deben ser tramitadas y reconocidas directamente por ADRES o quien haga sus veces, en proporción al ingreso base de cotización sobre el cual se hayan realizado los respectivos aportes.

En cumplimiento de la normatividad vigente, realizo los aportes correspondientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la planilla PILA, direccionando dichos aportes a ADRES, manteniendo mi calidad de beneficiaria del régimen exceptuado de Ecopetrol.

Agradezco la atención prestada y solicito respetuosamente que la presente sea tenida en cuenta para los fines administrativos y contractuales pertinentes.

Cordialmente,

María Camila Avellaneda

MARÍA CAMILA AVELLANEDA ROJAS

C.C. 1.005.238.383 de Aratoca

NIT 899.999.068-1

EL SUSCRITO LÍDER DE ATENCIÓN AL CLIENTE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL DE LA GERENCIA DE SERVICIOS COMPARTIDOS DE ECOPETROL S.A.

CERTIFICA

Que el señor GUSTAVO ADOLFO MORENO BELTRAN identificado con cédula de ciudadanía número 1098739269 , se encuentra vinculado a nuestra Empresa, mediante un contrato de trabajo a término indefinido desde el 23 de Diciembre de 2025.

Que ECOPETROL S.A en virtud de los dispuesto en al artículo 279 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuada del Sistema General de Seguridad Social en Salud, razón por la cual presta directamente los servicios médicos y odontológicos a sus trabajadores, pensionados y beneficiarios debidamente inscritos que cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en las normas internas que regulan la materia.

Que los familiares que se relacionan a continuación, se encuentran inscritos en calidad de beneficiarios de los servicios médicos integrales y odontológicos que ofrece esta sociedad:

Nombre	Identificación	Parentesco	Beneficio Activo	Fecha fin servicios médicos
MARIA CAMILA AVELLANEDA ROJAS	C.C 1005238383	Compañero(a)	SI	Indefinido

Se expide el presente certificado a solicitud del interesado en Bogotá a los 03 días del mes de Mayo de 2026.

Cordialmente,

ANA MARIA MENDOZA SMITH
LIDER D - ATENCIÓN AL CLIENTE

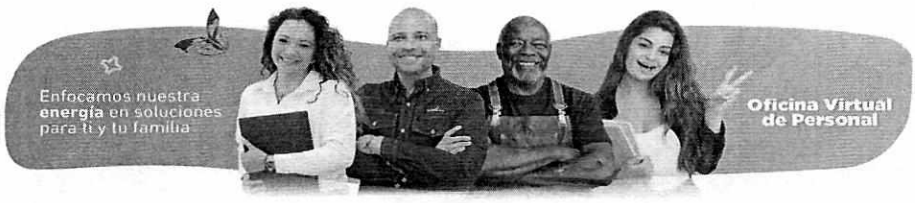
Debido a que usted obtendrá información personal de la base de datos de Ecopetrol S.A., a partir del momento en que le sea entregada, acorde con disposiciones legales vigentes, usted será responsable del tratamiento de la información personal y su reserva, y por lo tanto debe cumplir las siguientes obligaciones: i). Utilizar la información exclusivamente para los fines que indicó en su solicitud y sólo ser tratada por usted; ii). Conservar y tratar la información en condiciones de seguridad y diligencia; iii). Colaborar de forma activa y diligente con Ecopetrol S.A. para asegurar al titular que en todo momento puede ejercer sus derechos a consultar, rectificar o suprimir su información personal; iv). Asegurar la calidad de la información personal con base en los lineamientos de Consistencia, Unicidad, Completitud, Oportunidad, y Confidencialidad que se señalan en la normatividad interna de Ecopetrol S.A. sobre calidad de la información, tanto en su entorno como cuando la transfiera a un encargado; v). Cumplir adecuada y oportunamente con todas las indicaciones que le imparta Ecopetrol S.A.; vi). Cumplir las instrucciones y requerimientos que imparta la Autoridad de Protección de Datos Personales de Colombia; vii). Revisar y cumplir los deberes y principios generales que se consagran en la normatividad colombiana sobre protección de la información personal (en especial la Ley 1581 de 2012) así como los deberes particulares que en especial llegue a imponer una norma, e informar y asegurarse de su cumplimiento frente a los encargados del tratamiento de esta información personal que estén bajo su subordinación; viii). Cumplir con todas las normativas de Ecopetrol S.A. sobre seguridad de la información y gestión documental; y ix). Conocer y cumplir con todos los deberes, principios, conductos regulares, y lineamientos que se establecen en la Declaración de Tratamiento de la Información Personal en Ecopetrol S.A. (disponible en www.ecopetrol.com.co) Parágrafo: En el caso en que usted incumpla cualquiera de estas obligaciones Ecopetrol S.A., de considerarlo pertinente o de ser obligatorio por mandato legal, procederá a solicitarle la devolución inmediata de la información personal tratada indebidamente, su eliminación permanente de los medios de almacenamiento físicos, electrónicos, ópticos o similares donde estuviese disponible, así como a denunciar la conducta ante las autoridades públicas competentes y/o iniciar contra usted un proceso de responsabilidad bien sea a nivel civil, penal, fiscal y/o disciplinario (según el grado de culpa o intención así como los daños causados) en relación al tratamiento de la información personal de la cual usted tenía la responsabilidad o encargo de su tratamiento. Parágrafo 2: Para medir el cumplimiento de lo consagrado en estas obligaciones se deberá atender a lo consagrado en el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia, en la Ley 1581 de 2012, en los Decretos Reglamentarios de la Ley 1581 de 2012, en toda normatividad general y especial de Colombia sobre protección a la información personal (tanto legislativa, como regulatoria, consuetudinaria y jurisprudencial que sea vinculante en Colombia), y en la Declaración de Tratamiento de la Información Personal en Ecopetrol S.A. (disponible en www.ecopetrol.com.co).

Outlook

Solución y cierre de tu solicitud !

Desde CRMEcopetrol@co.atento.com <CRMEcopetrol@co.atento.com>
Fecha Mié 13/05/2026 10:15
Para Gustavo Adolfo Moreno Beltran <gustavo.morenobe@ecopetrol.com.co>

PRECAUCIÓN: Correo de remitente externo al Grupo Ecopetrol; no abra enlaces ni adjuntos sin verificar su origen y reporte cualquier sospecha como phishing o correo no deseado.



Oficina virtual de Personal

¡Hola Gustavo Adolfo!

¡Te contamos la solución y cierre de tu solicitud!

Relacionamos los detalles de la solución entregada y agradecemos la valoración frente a la experiencia que tuviste recibiendo nuestra atención y servicio.

Servicio	Compensación y Beneficios
Tipo de solicitud	Administración de beneficiarios
Número de servicio	**36276078**
Detalle de la solicitud	Se comunica esposa de trabajador Gustavo Adolfo Moreno Beltran desea saber sobre los aportes a el adres
Solución	Cuando una persona beneficiaria tenga una relación laboral o ingresos adicionales, sobre los cuales esté obligado a realizar aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, deberá hacer las respectivas cotizaciones directamente a Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o quien haga sus veces. Los servicios asistenciales se prestan en forma exclusiva a través del régimen de excepción de Ecopetrol y las prestaciones económicas que reconoce el SGSSS, como licencias e incapacidades, si hubiere lugar a ellas, serán cubiertas por ADRES o quien haga sus veces, en proporción al ingreso base de cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes. Por lo expuesto, la Empresa, con anterioridad a la inscripción de cada persona beneficiaria y para efectos de evitar la multiafiliación, validará a través de la base de datos única de afiliados de ADRES la no inscripción de la misma en una Entidad Prestadora de Salud (Régimen Contributivo – Régimen Subsidiado). En todo caso y en el evento de encontrarse una afiliación a una de estas entidades, se inscribirá al familiar por un periodo máximo de tres (3) meses y se le solicitará que solucione la situación direccionando los correspondientes aportes a ADRES, de conformidad con lo previsto en el artículo 2.1.13.5 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. De acuerdo con las bases de datos recibidas por ADRES, Ecopetrol realiza las validaciones para detectar casos de multiafiliación y en caso de encontrar personas beneficiarias en dicha circunstancia, dará aviso de esta novedad a la Administradora de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de la cual se presente tal circunstancia, mediante comunicación donde conste la pertenencia de la persona trabajadora, persona pensionada o persona beneficiaria al régimen exceptuado en salud de Ecopetrol S.A., solicitando respecto de aquellos la terminación de la inscripción a dicha entidad, en cumplimiento de los parámetros establecidos en el numeral 6° del artículo 2.1.3.17 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. De igual forma se remitirá comunicación a la persona titular en la que se pondrá de presente la prohibición legal que contempla la norma frente a la afiliación simultánea a un Régimen de Excepción y al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante o persona beneficiaria , para efectos de que sean adelantadas las gestiones pertinentes a su cargo o a cargo de su beneficiario/a, ya sea directamente o a través de su empleador o administradora de pensiones, reiterando la necesidad de dar cumplimiento a lo previsto en las normas legales antes citadas e informando al beneficiario/a que, en caso que la EPS realice recobros a Ecopetrol S.A., habida cuenta de la multiafiliación puesta de presente, por servicios que hubiesen sido prestados al afiliado/a durante dicho período y que superen los costos que Ecopetrol tiene previsto para la prestación de dichos servicios, podría configurarse un incumplimiento de las obligaciones y prohibiciones que les resultan aplicables a las personas trabajadoras, pensionadas o beneficiarias en relación con la utilización adecuada de los servicios de salud, con las consecuencias que ello le puede comportar en razón a que tales emolumentos tienen la naturaleza de recursos públicos.

¡Fue un gusto atenderte!

¿Cómo fue tú experiencia con la atención del **asesor** que atendió este correo?

Ten presente que sólo tienes un intento. Haz clic en la carita que más se acerque a tu respuesta

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

CONSULTA DE LAS COTIZACIONES GENERADAS POR EL APORTANTE
EN LAS PLANILLAS PILA

Número Planilla	Razón Social	Período	Fecha Pago	Valor Cotización Obligatoria
6014248404	MARIA CAMILA AVELLANEDA ROJAS	2026-04	05/04/2026	$320.000,00

La información registrada en la tabla antes señalada corresponde a las cotizaciones efectuadas directamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud por el aportante MARIA CAMILA AVELLANEDA ROJAS identificado(a) con el tipo de documento CC número 1005238383 a la fecha de consulta.

Esta información fue identificada según lo reportado por los operadores de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES en los términos señalados en el Anexo 4 de la Resolución 2388 de 2016.

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES
Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16 Centro Empresarial Elemento
Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 4322760 Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737

POSITIVA

CER_AFI_2026027563879

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA ROJAS ROJAS identificado con CC. 1005238383 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN
Tipo y Numero de Documento	NI - 900190045

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/05/22	**Fecha inicio contrato**	2026/05/20
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/11
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/11	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de mayo del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21052026N1005238383A18267892.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

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

Socorro, 19 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 PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERÍA PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PSPIC), EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 041-2026, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN Y EL MUNICIPIO DE PALMAS DEL SOCORRO.

PRESUPUESTO OFICIAL: DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE ($29.999.231)

a continuación, se procede a realizar la verificación de los requisitos condiciones y calidad del oferente GLADYS JULIANA MONSALVE MEJIA.

PROPONENTE: GLADYS JULIANA MONSALVE MEJIA.		
	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 diecinueve (19) 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