



HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 900.004.059-7



LISTA DE VERIFICACION HOJAS DE VIDA

CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
TH-F-04	17-02-2026	08	Página 1 de 1

NOMBRE Y APELLIDOS: Laura Torres Chavez **FECHA DE VERIFICACIÓN:**

#	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	SI	NO	N/A
1	Acto administrativo de nombramiento (nomina)			
2	Acta de posesión (nomina)			
3	Soporte del pago estampilla (nomina)			
4	Hoja de Vida DAFF – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	X		
5	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	X		
6	Registro de los Conflictos de Interés - Ley 2013 de 2019 Función Pública - Aplicativo por la Integridad Pública	X		
7	Declaración de Inhabilidades e incompatibilidades. (Presentación del Formulario del Hospital).	X		
8	Cédula de Ciudadanía al 150% - Copia Simple con resolución de buena calidad.	X		
9	Registro Único Tributario RUT – Actualizada. (Expedición No superior a un mes) - Copia Simple con resolución de buena calidad.	X		
10	Libreta Militar o Documento que Resuelve Situación Militar - Copia Simple con resolución de buena calidad.			X
11	Carnet de Vacunas Completo - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X		
12	Examen Médico Ocupacional por Perfil (Hospital)	X		
13	Constancia de Afiliación a EPS, Fondo de Pensión y ARL (Expedición no superior a 2 meses) (N/A ARL será afiliado por el Hospital)	X		
14	Formato de Confidencialidad y No Divulgación de Información. (Formulario del Hospital).	X		
15	Autorización de Trata de Datos Personales y Consulta de Antecedentes, en especial, Delitos Sexuales. (Formulario del Hospital).	X		
16	Certificado de Antecedentes Disciplinarios Expedido Por la Procuraduría General de la Nación. (Expedición no superior a 1 mes)	X		
17	Certificado de Antecedentes Fiscales Expedido Por la Contraloría General de la Republica. (Expedición no superior a 1 mes)	X		
18	Certificado de Antecedentes Judiciales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	X		
19	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas Expedido Por el RNMC. (Expedición no superior a 1 mes)	X		
20	Certificado delitos sexuales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	X		
21	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Expedición no superior a 1 mes)	X		
22	Certificación Bancaria (Vigencia no superior a 30 días)	X		
23	Tarjeta Profesional al 150% - Copia Simple con Resolución de buena calidad.			X
24	Diploma de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X		
25	Acta de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X		
26	Antecedentes Profesionales, Comprobante de No Estar Inhabilitado Para Ejercer la Profesión y Vigencia de la Tarjeta Profesional.			X
27	Cursos, Diplomados, Posgrados, ETC. (Sólo se debe relacionar estudios del perfil profesional según la necesidad)			X
28	Convalidación por Parte de Autoridad Competente Para Títulos Obtenidos en el Extranjero.	X		X
29	Certificación Laboral Relacionada (Que tenga relación con el perfil de la necesidad)	X		
30	Licencia de Conducción y RUNT sin multas de tránsito (Paramédicos, Auxiliares Vacunación y Profesionales con Rodamiento).			X
DOCUMENTACIÓN ADICIONAL POR PERFIL				
31	Humanización (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud).	X		
32	Competencia en Atención al Usuario (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud)	X		
33	Autorización Para Ejercer Profesión – RETHUS Actualizado (Médicos, Enfermeras, Aux. Enfermería, Odontología, Bacteriólogo, Nutrición, Psicólogo, etc.)			X
34	Acreditación del Servicio Social Obligatorio (Bacteriología, Enfermería, Medicina, Odontología, etc.) - Copia Simple.			X
35	Competencia en Soporte Vital Avanzado (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería de urgencias y hospitalización)			X
36	Competencia en Soporte Vital Básico (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería)			X
37	Competencia en AIEPI Clínico (Médico, Enfermeras Profesionales, pediatra)			X
38	Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos. (Paramédicos, Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, nutrición)			X
39	Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante Expedida por el INS (Médicos)			X
40	Atención a Población Víctima del Conflicto Armado (Médico, Enfermera, Aux enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo)			X
41	Interrupción Voluntaria del Embarazo (Médicos, Enfermera, y Psicólogo, ginecología.)			X
42	Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Médico, Enfermeras, Aux Enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutrición, Psicólogo, especialistas).			X
43	Asesoría Pre y Post VIH (Médico, Enfermera, Psicólogo)			X
44	Atención del Parto (Médico, ginecología)			X
45	Gestión del Duelo (Médico, Enfermera, psicología)			X
46	Medición automática de la tensión arterial OPS (Médicos, Enfermera, Aux Enfermería)			X
47	Curso manejo integral del dengue OPS (Médico, Enfermera, Aux Enfermería, Bacterióloga)			X
48	Competencia en Administración de Inmunobiológicos PAI (Auxiliares de Vacunación, Coordinadora, PAI)			X
49	Competencia AIEPI Comunitario (Personal Asistencial de Actividades Extramurales) (Programas)			X
50	Competencia en Toma de Muestras de Labor Clínico (Personal de Enfermería y de Laboratorio)			X
51	Curso de Primeros Auxilios (Conductores y Paramédicos)			X
52	Carnet de Radio Protección (Radiólogo y Tecnólogo Radiología)			X
53	Mecánica básica (conductores)			X
54	Manejo defensivo (conductores)			X
55	Manejo de residuos hospitalarios (servicios generales)			X
56	Curso de facturación en salud (facturadoras, radicación, glosas)			X
57	Constancia de Idoneidad, Experiencia Requerida y Relacionada. (Verificación de Talento Humano, SG-SST, Calidad).			X
58	Formato inducción y reinducción (nomina)			
59	Formato evaluación inducción y reinducción (nomina)			

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA Danda Rojas

Castilla La Nueva - Meta, el 19 de junio de 2026

Dra.:

VIVIANA SACRISTAN CIFUENTES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO - SIAU
Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

Ref. **PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-259**

Cordial saludo,

LAURA LISSETH TORRES CHAVEZ, quien se identifica con C.C. No. 1.006.837.098 expedida en Castilla La Nueva – Meta, está interesado en enviar una **PROPUESTA** para un contrato de prestación de servicios, cuyo objeto **“PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO APOYO AL SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.”** de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

1. LOS TÉRMINOS EN LOS CUALES SE DESARROLLARÁ EL CONTRATO SON LOS SIGUIENTES:

1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será de **DOS (2) MESES**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

1.2. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de: **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$ 4.600.000) M/CTE.**

1.3. FORMA DE PAGO: El HOSPITAL girará los recursos objeto del CONTRATO, así:

El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente manera: En mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$2.300.000) M/CTE**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, siempre y cuando se cumpla con el objeto del contrato, previa presentación del informe de actividades desarrolladas, la respectiva factura de venta y/o cuenta de cobro, certificación de pago de aportes al SGSSS y aportes parafiscales, y la certificación de cumplimiento por el supervisor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con diez (10) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO TERCERO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARÁGRAFO CUARTO:** EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.

1.4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:

1. Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar,

dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio. **2.** Brindar apoyo en la recepción, orientación y atención de usuarios, suministrando información oportuna sobre los servicios, trámites y procedimientos institucionales, de acuerdo a los protocolos establecidos por la entidad. **3.** Apoyar en el proceso de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRSF), realizando el registro, consolidación y control de la información para su trámite oportuno. **4.** Aplicar las Encuestas de Satisfacción a los usuarios en los diferentes servicios según muestra asignada por la coordinación de atención al usuario, con el fin de tomar las acciones pertinentes. **5.** Apoyar la organización y orientación de los usuarios durante la entrega de turnos para la asignación de citas y la programación de exámenes de laboratorio, promoviendo el cumplimiento de los protocolos institucionales y las normas de convivencia, contribuyendo al orden, la adecuada atención y la armonía en las instalaciones de la entidad. **6.** Participar en actividades de promoción de los derechos y deberes de los usuarios, así como en jornadas de información, socialización y fortalecimiento de la cultura de atención humanizada en la institución. **7.** Apoyar las demás actividades administrativas y operativas afines a la Oficina de Atención al Usuario y a las dependencias que lo requieran, relacionadas con la naturaleza del objeto contractual y las necesidades institucionales. **8.** Presentar informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato. LA CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar. **9. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO.** **10.** Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. **11.** El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR.

2. ANEXOS:

Para la presentación de la respectiva cotización anexo la siguiente información que fue requerida:

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,

Laura Torres

LAURA LISSETH TORRES CHAVEZ

C.C. No. 1.006.837.098 expedida en Castilla La Nueva – Meta.

Dirección: Calle 4C 8 12, Castilla La Nueva – Meta.

Teléfono: 314-268-8989

Email: lauralisseth2001@gmail.com



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Torres	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Chavez	NOMBRES Laura Lisseth
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No <u>1006837098</u>	GÉNERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>20</u> MES <u>12</u> AÑO <u>2001</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>META</u> MUNICIPIO <u>CASTILLA LA NUEVA</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE <u>4C 8 12</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>META</u> MUNICIPIO <u>CASTILLA LA NUEVA</u> TELÉFONO <u>3142688989</u> EMAIL <u>lauralisseth2001@gmail.com</u>	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2019
										<input checked="" type="checkbox"/>				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA 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	9	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	11	2024	
PREGRADO	4	X		ASISTENCIA ADMINISTRATIVA	11	2019	No aplica

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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 CH4 GAS Y ASESORIA Y CONSTRUCCION SAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO CASTILLA LA NUEVA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3125176922			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	31	Mes	01	Año	2026	Día	11	Mes	05	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX ADMINISTRATIVO CONTABLE			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO - CONTABLE					DIRECCIÓN CALLE 8 null null SAN AGUSTIN FINCA JHON						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CASTILLA LA NUEVA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO CASTILLA LA NUEVA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3142688989			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	22	Mes	09	Año	2025	Día	21	Mes	11	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA APOYO A VICTIMAS DEL CONFLICTO					DIRECCIÓN CALLE 6 8 10 Castilla la nueva						

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 6642935			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		10	Mes		09	Año		2024	Día		17	Mes		10	Año		2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR PRACTICANTE			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CALLE 44A 45 55 SANTA JOSEFA												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 3115198735			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		06	Mes		03	Año		2024	Día		09	Mes		05	Año		2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR PRACTICANTE			DEPENDENCIA ADMINISTRACION					DIRECCIÓN CARRERA 36 34 36 BARZAL												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD GASEOSA LUX S.A				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 6814812			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		22	Mes		08	Año		2023	Día		21	Mes		02	Año		2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR PRACTICANTE			DEPENDENCIA AREA AUDITORIA					DIRECCIÓN CARRERA 22 14A 121												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO CASTILLA LA NUEVA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 6751663			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		06	Mes		05	Año		2019	Día		15	Mes		11	Año		2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESTUDIANTE PRACTICANTE SENA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 8 8 null VIA 8 CHICHIMEHNE												

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	2
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 INCOMPATIBILIDAD 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 _____

Laura Torres

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Castilla la Nueva

Ciudad y fecha

Karel Giraldo Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LAURA	LISSETH	TORRES	CHAVEZ

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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 ACRENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$3.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$3.000.000,00

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

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

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

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 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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento

Número

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

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

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

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

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

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

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:

	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7				
	DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES				
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN		Documento Controlado
	TH-FVHV-01	15/04/2024	5		Página 1 de 3

Castilla la Nueva-Meta, a los _____ de _____ de _____



Señores:

HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA E.S.E.



Ciudad.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que entiendo las inhabilidades e incompatibilidad establecidas en la ley y mediante la suscripción del presente formulario SI _____ NO me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, en relación las siguientes:

FUENTE	INHABILIDAD	SI	NO
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal a)	¿Está inhabilitado para contratar con el estado de conformidad con las causales establecidas en la constitución o la ley?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal b)	¿En los últimos cinco (5) años ha participado en licitaciones o celebrados contratos estando inhabilitado para contratar con el estado?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal c)	¿En los últimos cinco (5) años le han declarado la caducidad de un contrato estatal?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal d)	¿En los últimos cinco (5) años ha sido condenado a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas, o ha sido sancionado disciplinariamente con destitución?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal e)	¿En los últimos cinco (5) años ha dejado de suscribir –sin justa causa– un contrato estatal que le hubiere sido adjudicado?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal f)	¿Es servidor público?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal g)	Para el presente proceso ha presentado o estima presentar propuesta su cónyuge o compañero permanente, un pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, ¿o segundo de afinidad?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal h)	¿Tiene su representante legal o alguno de sus socios (salvo en las sociedades anónimas abiertas) vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, o segundo de afinidad con el representante legal o los socios de otra sociedad que haya presentado o estime presentar propuesta para el presente proceso?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal i)	<ul style="list-style-type: none"> ¿Ha sido socio de alguna persona jurídica a la que le haya sido declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años? ¿La persona jurídica tiene algún socio que anteriormente haya sido socio de otra persona jurídica a la que le fuera declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años? 		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal j) modificado por el artículo 31 de la Ley 1178 de 2016.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Ha sido declarado usted responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la administración pública, o por delitos o faltas contempladas en la Ley 1474 de 2011, o por cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia? 		<input checked="" type="checkbox"/>

	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADOESTADO NIT 900.004.059-7				
	DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES				
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN		Documento Controlado
	TH-FVHV-01	15/04/2024	5		Página 2 de 3

	<ul style="list-style-type: none"> ¿En el caso de personas jurídicas (incluidas matrices y subordinadas – salvo anónimas abiertas) lo han sido sus administradores, representantes legales, miembros de junta directiva o de socios controlantes? ¿La persona jurídica ha sido declarada responsable administrativamente por la conducta de soborno transnacional? 		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal k) modificado por el artículo 33 de la Ley 1178 de 2016.	<p>Persona natural: Financió usted o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir?</p> <p>Persona jurídica: Financió usted o su representante legal, los miembros de junta directiva o cualquiera de sus socios controlantes, directamente o por interpuesta persona la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir?</p> <p>No aplica para servicios profesionales.</p>		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal a)	¿Fue servidor público de esta entidad desempeñando funciones en los niveles directivo o asesor en el último año?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal b)	¿Tiene vinculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza control interno o fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal c)	¿Es cónyuge o compañero permanente de algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza funciones de control interno o control fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal d)	<ul style="list-style-type: none"> ¿Dentro de la persona jurídica tiene participación u ocupa cargos de dirección o manejo algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor? ¿O que sea cónyuge o compañero permanente o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o civil de dicho funcionario? 		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal f) adicionado por el artículo 4° de la Ley 1474 de 2011.	<ul style="list-style-type: none"> Usted o las personas a través de las cuales prestará el servicio, ocuparon en los últimos dos años un cargo directivo en esta entidad, ¿cuyo sector tenga relación con el objeto del futuro contrato? Tiene parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil con un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas? La sociedad tiene vinculado a cualquier título a un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas? 		X
Inciso tercero, Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el	¿Es cónyuge, compañero permanente, o tiene parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil con el Representante Legal de esta entidad?		X

	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7				
	DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES				
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN		Documento Controlado
	TH-FVHV-01	15/04/2024	5		Página 3 de 3

artículo 1° de la Ley 1148 de 2007, y por la Ley 1296 de 2009	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades? 		X
Parágrafo 3° Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> ¿Es cónyuge, compañero permanente, o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil de algún concejal del municipio? ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades? 		X
Art. 90 Ley 1474 de 2011	<ul style="list-style-type: none"> ¿Ha sido objeto de imposición de multas o declaratorias de incumplimiento? Nota: En caso afirmativo indique el tipo de sanción, la entidad que la impuso y la fecha de imposición		X
OBSERVACIONES:	<i>"Diligencia esta casilla en caso de que la respuesta a alguna de las preguntas anteriores haya sido afirmativa, o en el evento de que considere pertinente poner de presente a la entidad alguna circunstancia que pudiera incidir en su capacidad para contratar."</i>		

TENGA EN CUENTA:

- Cónyuge: persona que se encuentra unida a otra mediante matrimonio civil o religioso.
- Compañero Permanente: Es el hombre y mujer que forman parte de la unión marital de hecho, es decir quienes, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular, en los términos de la Ley 54 de 1990.
- Parentesco por consanguinidad: Es la relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas por los vínculos de la sangre.
- Parentesco por afinidad: Es el que existe con los familiares consanguíneos de su respectivo cónyuge o compañero permanente.
- Parentesco Civil: Es el que resulta de la adopción, mediante la cual la ley estima que el adoptante, su mujer y el adoptivo se encuentran entre sí, respectivamente, en las relaciones de padre, de madre, de hijo. Este parentesco no pasa de las respectivas personas.
- Parentesco hasta primer grado de consanguinidad: papá, hijo,
- Parentesco hasta primer grado de afinidad: papá, hijo, de su cónyuge o compañero permanente.
- Parentesco hasta segundo grado de consanguinidad: papá, abuelo, hijo, nieto, hermano
- Parentesco hasta segundo grado de afinidad: papá, abuelo, hijo, nieto, hermano de su cónyuge o compañero permanente.
- Parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad: papá, abuelo, bisabuelo, tatarabuelo, Hijo, nieto, bisnieto, tataranieto, Hermano, tíos, sobrinos, primo hermano, tío abuelo, sobrino nieto.
- Parentesco primero o único civil: El que existe entre el hijo y los padres adoptantes.

Firma, Laura Torres
 Nombre: Laura Torres
 Cédula: 1006837098

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.837.098

TORRES CHAVEZ

APELLIDOS

LAURA LISSETH

NOMBRES

Laura Lisseth Torres Chavez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-2001

GUAMAL
(META)

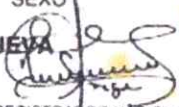
LUGAR DE NACIMIENTO

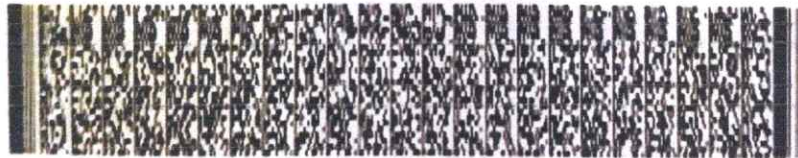
1.57
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

02-ENE-2020 CASTILLA LA NUEVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-5201000-01130481-F-1006837098-20200207

0069972850A 1

53360292

2. Concepto Inscripción

4. Número de formulario

14906238808



(415)7707212489984(8020) 000001490623880 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 6 8 3 7 0 9 8

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Villavicencio

14. Buzón electrónico

2 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 0 6 8 3 7 0 9 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Meta

5 0

30. Ciudad/Municipio

Castilla la Nueva

1 5 0

31. Primer apellido

TORRES

32. Segundo apellido

CHAVEZ

33. Primer nombre

LAURA

34. Otros nombres

LISSETH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Meta

5 0

40. Ciudad/Municipio

Castilla la Nueva

1 5 0

41. Dirección principal

MZ C # 4 BRR el paraiso

42. Correo electrónico

lauralisseth2001@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 2 6 8 8 9 8 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

4 9 2 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 3 3 1

Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 3 3 1

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

3

61. Fecha

2023-03-31 / 09:11:08AM

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 TORRES CHAVEZ LAURA LISSETH

985. Cargo Contribuyente

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 184b1d1-775-4764-920-0abb6e24514

Nombres y apellidos / Full name

Laura Lisseth Torres Chavez

Tipo de identificación / ID Type

CEDULA DE CIUDADANIA

Número de identificación / ID Number

1006837098

Fecha de nacimiento / Date of birth

20/12/2001

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3142688989

Correo electrónico / e-mail

notiene@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Day	Month	Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
VPH	Primera	17	04	2013		H020319	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	
VPH	Segunda	17	10	2013		J007041	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	
VPH	Tercera	11	04	2018		M033023	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	DAHIANA NIÑO RODRIGUEZ
COVID JANSSEN	Única	15	10	2021	Janssen	203F21A	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	ADRIANA CADENA TELLES
Fiebre Amarilla	Única	11	09	2025	Fabricante	24G0660	ESE PRIMER NIVEL GRANADA SALUD	ANDREA PAOLA GONZALEZ MENDEZ - CC120373128 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	18	06	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50528002	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	DAHIANA NIÑO RODRIGUEZ - CC1123511833 - INACTIVO
TD Adulto	Primera	18	06	2026	Serum	2335L003B	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	DAHIANA NIÑO RODRIGUEZ - CC1123511833 - INACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

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

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

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

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

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

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

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

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 079ec8f4-2353-444e-806e-2d77488f1dc8

Nombres y apellidos / Full name

LAURA LISSETH TORRES CHAVEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 0 6 8 3 7 0 9 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

20/12/2001

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
Vaccine	Doses	Día	Mes	Año	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
VPH	Primera	17	04	2013		H020319	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	
VPH	Segunda	17	10	2013		J007041	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	
VPH	Tercera	11	04	2018		M033023	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	DAHIANA NIÑO RODRIGUEZ
COVID JANSSEN	Única	15	10	2021	Janssen	203F21A	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	ADRIANA CADENA TELLES
Fiebre Amarilla	Única	11	09	2025	Fabricante	24G0660	ESE PRIMER NIVEL GRANADA SALUD	ANDREA PAOLA GONZALEZ MENDEZ - CC1120373128 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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



CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899

Dir: Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal

Celular: 313 343 0779 - 311 437 3838 - 311 279 5155

Correo: atencionalusuario@santabarbaraips.com

Acacias - Villavicencio - Castilla (meta-colombia)



EXAMEN DE CONSULTA PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA

Atención N°: 6,547

DATOS PERSONALES

Fecha: 02/09/2025 Municipio: CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA) CC: 1006837098 Nombre: TORRES CHAVEZ LAURA LISSETH Edad: 24 AÑOS 5
 Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: CONTRATISTA Empresa: PARTICULARES
 Eps: CAPITAL SALI Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO F. Último Examen: 13/08/2025
 Lugar del Último Examen: CASTILLA Motivo Consulta: CONTROL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES NIEGA
 ANTECEDENTES PERSONALES NIEGA
 ANTECEDENTES OCUPACIONALES NIEGA
 LENTES DE CONTACTO NO USA
 MULTIFOCAL NO
 TIPO DE USO NO APLICA
 TRAE RX NO
 USA ANTEOJOS NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	20/20/20	0.5M
O.I:	NO APLICA	20/20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	20/20/20	0.5M
A.O:	NO APLICA	20/20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	20/20/20	0.5M

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: NORMAL
 OJO IZQUIERDO: NORMAL

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL
 VISIÓN PROXIMA: NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL
 OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: K' = N/A
 OJO DERECHO: K' = N/A

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: NO REVISADO AV VL 20/
 OJO IZQUIERDO: NO REVISADO AV VL 20/

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: NO REVISADO AV VL 20/ AV VP 20/ ADD
 OJO DERECHO: NO REVISADO AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

EMETROPE, USO DE PROTECCION SOLAR, USO DE EPP DEPENDIENDO EL RIESGO AL QUE ESTE EXPUESTO.

OPTOMETRA


TATIANA CUASTUMAL ARTEAGA
Optómetra Especialista en S.O.
Resolución No. 4320

Firma: _____

Nombre: NIT: 52562329 - TATIANA1 CUASTUMAL

R. M.: 3872 L.S.O.:



Código de Seguridad
S1600Y3E6547

PACIENTE

Laura Torres

Firma: _____

Nombre: TORRES CHAVEZ LAURA LISSETH

CC: 1006837098



CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899

Dir: Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal

Celular: 313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155

Correo: atencionalusuario@santabarbaraiips.com

Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)



N° 10.485

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
01	09	2025	CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA)	
DÍA	MES	AÑO	Ciudad	

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

PARTICULARES CONTADO Nombre de la empresa	PARTICULARES 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)

TORRES CHAVEZ LAURA LISSETH Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	23 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS	CC	1006837098
			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: **CUMPLE.**

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

RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES	TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA
---	--------------------------	-------------------------------------

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
GLUCOSA EN SUERO	✓	TRIGLICERIDOS	✓
HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO	✓	AUDIOMETRIA SOD	✓
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	✓	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	✓
CONSULTA PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO : REDUCCION DE PESO. DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ADECUADO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL VEHÍCULO, MOTOCICLETA.

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico  Firma: _____ Nombre: CC: 19156895 - MILCIADES LEON R. M.: 8074 L.S.O.: 8074	 Aspirante o Trabajador  Firma: _____ Nombre: TORRES CHAVEZ LAURA LISSETH CC: 1006837098
Código de Seguridad T1600Z1F10485	



CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899

Dir: Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal

Celular: 313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155

Correo: atencionalusuario@santabarbaraips.com

Acacias - Villavicencio - Castilla (meta- colombia)



AUDIOMETRIA

Atención N°: 5567

DATOS PERSONALES

Fecha: 01/09/2025 Ciudad: CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA)
 Tipo Exámen: EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO Eps: CAPITAL SALUD
 CC: 1006837098 Nombre: TORRES CHAVEZ LAURA LISSETH Edad: 24 AÑOS 5 MESES 26 DÍAS Genero: FEMENINO
 Fecha Nacimiento: 20/12/2001 Empresa: PARTICULARES Ocupación: CONTRATISTA

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

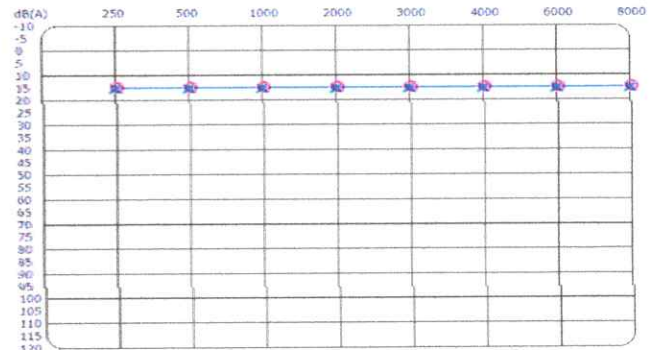
Descanso auditivo(Horas) : 8 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: NO
 Marca y Referencia audiómetro utilizado: MAICO MA41 - 69422 F. Última Calibración: 2026-01-27

- : Via aérea del OD
- : Via aérea del OI
- : Via ósea del OD (sin enmascarar OI)
- : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
 Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	15	15	15	15	15	15
VAOI	15	15	15	15	15	15	15	15



PTA Oído derecho: 15.00

PTA Oído izquierdo: 15.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD

Oído derecho: Oído izquierdo: Bilateral:

Descripción frecuencial

AUDICION NORMAL BILATERAL

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Martha L.
MARTHA LILIANA LOPEZ JIMENEZ
CC. 40.315.839
CEL. 3126162253

Firma: _____

Nombre: CC: 40315839 - MARTHA LILIANA LOPEZ

R. M.: 2916/95 L.S.O.: 4212 28/02/21

Impreso el 17/06/2026 a las 11:17 a.m.



Código de Seguridad
B1600H2N5567

Página 2 de 2

TRABAJADOR

Laura Torres

Firma: _____

Nombre: TORRES CHAVEZ LAURA LISSETH

CC 1006837098

Software para el sector salud - www.biofile.com.co



CERTIFICA

Que la señora LAURA LISSETH TORRES CHAVEZ, con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No. 1006837098 se encuentra activo en nuestra base de datos del Régimen Contributivo en el municipio de Castilla la nueva, por la Empresa GASEOSAS LUX S A S, NIT/CC 860001697 en calidad de APRENDICES DEL SENA EN ETAPA PRODUCTIVA, desde el 22 de agosto de 2023.

Se expide el día 16 de junio de 2026a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES

Castilla la Nueva 18 de junio 2026

Señores
Hospital de Castilla la Nueva

Asunto: Autorización para afiliación a la ARL positiva

Yo, Laura Lisseth Torres Chavez identificada con cédula de ciudadanía No 1006837098, por medio de la presente autorizo al Hospital de Castilla la Nueva para que realice los trámites necesarios para mi afiliación y vinculación a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) que la institución considere pertinente, de conformidad con la normatividad laboral vigente.

Esta autorización se otorga con el fin de dar cumplimiento a los requisitos establecidos para el inicio y desarrollo de mis actividades laborales dentro de la institución.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Laura Torres
Laura Lisseth Torres Chavez
C.C. No. 1006837098
Teléfono: 3142688989
Correo electrónico: lauralisseth2001@gmail.com

Protección

Una empresa **SURA**

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRES CHAVEZ LAURA LISSETH** identificado(a) con **CC número 1.006.837.098** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 22 de agosto de 2023 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 16 de junio 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 – Call (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>



HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			
FORMATOS CONTRACTUALES			
CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	DOCUMENTO CONTROLADO
DE-FR-14	04-07-2024	05	Página 1 de 1



FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, Laura Lisseth Torres Chavez identificado con cédula de ciudadanía No 1006837098 expedida en Castilla la nueva, en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL. **TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la "Información confidencial" que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a un tercero, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXCLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la "Información confidencial" recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA - OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA - CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. **PARÁGRAFO:** El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA - VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia de lo anterior, el presente compromiso se firma a los _____ () días del mes de _____ del _____.

Laura Torres
 LA PARTE RECEPTORA (Firma)
 Nombre. Laura Lisseth Torres
 CC No. 1006837098
 Nit. No. _____
 Empresa _____

Marta Lucia Herrera Rios
 LA PARTE REVELADORA (Firma)
MARTHA LUCIA HERRERA RIOS
 Gerente del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES, Y CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

Yo¹, quien me identifico como aparece al pie de mi firma, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, AUTORIZO expresamente al HOSPITAL a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico que se relaciona en el CONTRATO. Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos.

Respecto a la consulta en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, el HOSPITAL queda plenamente facultado para realizar la consulta en el aplicativo dispuesto para ello.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Cordialmente,

Firma: Laura Torres

Nombre Completo: Laura Lisseth Torres Chavez

Identificación: 1006837098 expedida en Castilla la nueva

Fecha: _____

¹ Persona que se identifica al final del escrito y quien actúa en nombre propio o como Representante Legal de una Persona Jurídica.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 297981076



PIB
15:47:48
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 de junio 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) LAURA LISSETH TORRES CHAVEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006837098:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 16 de junio de 2026, a las 15:49:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006837098
Código de Verificación	1006837098260616154922

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:01:51 PM horas del 16/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1006837098**

Apellidos y Nombres: **TORRES CHAVEZ LAURA LISSETH**

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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia



Ministerio de



Portal Único



GOV.CO



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/06/2026 05:37:58 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1006837098** y
Nombre: **LAURA LISSETH TORRES CHAVEZ.**

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. **142179578** . 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
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



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 18:00:36 horas del 16/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1006837098**, Apellidos y Nombres **TORRES CHAVEZ LAURA LISSETH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital de castilla la nueva**, con NIT **900004059-7** 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>



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 1006837098 **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 16/06/2026 05:47 PM



Código Verificación: **E4QZRDH6YT**

Válida hasta: **14/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**



Nit. 860.002.984.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LAURA TORRES, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.006.837.098 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Plan Cuenta Facil No. 358139228, abierta/o desde el 28/8/2025.

Se expide en Bogotá el día 16 del mes de Junio del año 2026

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO



La República de Colombia

y en su nombre la

*Institución Educativa
Henry Daniels*

Castilla La Nueva - Meta

Autorizada por la Secretaría de Educación Departamental
según Resolución No. 4596 del 29 de Septiembre de 2016.



Confiere a:

Laura Lisseth Torres Chávez

Identificado (a) con T.I. No. 1.006.837.098 expedida en Guamal (Meta)

El Título de:

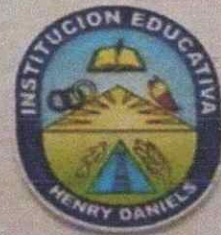
*Bachiller Técnico en
Asistencia Administrativa*

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media Técnica en Asistencia Administrativa,
según los planes y programas vigentes.

Firmado por:

Lic. DAVID ORREGO BUITRAGO
C.C. No. 17.410.207 de Acacias (Meta)
Rector

STELLA SUÁREZ BOLÍVAR
C.C. 21.174.527 de Acacias (Meta).
SECRETARIA



Anotado al Folio No. 1 Libro de Registro No. 06 Acta No. 01
Dado en Castilla La Nueva (Meta), el doce (12) de Diciembre del año 2019.

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150
del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.



CH4 GAS ASESORIA Y CONSTRUCCION SAS

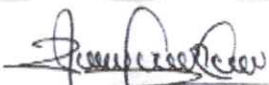
"Ingenieros asociados a su servicio"

NIT: 901.658.216-7

CERTIFICA QUE:

La señorita **LAURA LISSETH TORRES CHAVEZ**, identificada con cedula de ciudadanía No 1.006.837.098, laboro en nuestra compañía desempeñando el cargo de **ASISTENTE ADMINISTRATIVO Y CONTABLE**. Durante el periodo comprendido del 30 de enero al 11 de mayo de 2026.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada a los 16 días del mes de junio de 2026



LAURA ROZO ESTEVEZ
REPRESENTANTE LEGAL
CH4 GAS ASESORIA Y CONSTRUCCION SAS

ASESORIA Y
CONSTRUCCION SAS



ALCALDÍA DE CASTILLA LA NUEVA

TRD. 2100-3-357

LA SUB DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE CONTRATACIÓN PÚBLICA

CERTIFICA QUE:

La señora **LAURA LISSETH TORRES CHAVEZ**, identificada con cedula de ciudadanía No. **1.006.837.098** de **Castilla La Nueva**, ha suscrito el siguiente contrato con **EL MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA**:

No Y TIPO DE CONTRATO	DACP-316-2025 CONTRATO DE APOYO A LA GESTION
CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA META NIT. 800.098.190-4
CONTRATISTA	LAURA LISSETH TORRES CHAVEZ CC 1.006.837.098 DE CASTILLA LA NUEVA
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN EL MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA, META
VALOR DEL CONTRATO:	SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$6.000.000)
PLAZO DEL CONTRATO:	DOS (02) MESES
FECHA DEL CONTRATO:	19 DE SEPTIEMBRE DE 2025
FECHA DE INICIO:	22 DE SEPTIEMBRE DE 2025
FECHA DE TERMINACION:	21 DE NOVIEMBRE DE 2025
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO

De conformidad con la CLAUSULA QUINTA DEL CONTRATO: OBLIGACIONES, Literal B, del CONTRATISTA, las obligaciones específicas que el contratista desarrollo fueron las siguientes:

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

1. Realizar la caracterización de las víctimas del conflicto armado en los puntos asignados por el Municipio de Castilla La Nueva, tanto en las áreas rurales como urbanas, garantizando la cobertura total de las zonas, dentro de los plazos establecidos en el contrato, asumiendo los costos de transporte y desplazamiento personal.
2. Aplicar de manera presencial los instrumentos de recolección de información definidos por la entidad, siguiendo los protocolos metodológicos establecidos, asegurando la veracidad, exactitud y completitud de los datos, así como su correcto registro en la plataforma o aplicativo designado.
3. Coordinar con el supervisor del contrato las jornadas de caracterización, informando previamente el cronograma de trabajo y las zonas a intervenir.
4. Hacer uso adecuado de los dispositivos electrónicos entregados por la entidad para la recolección de información, garantizando su manejo responsable, custodia y



ALCALDÍA DE CASTILLA LA NUEVA

TRD. 2100-3-357

conservación, y respondiendo por cualquier daño o pérdida ocasionada por uso inadecuado.

5. Entregar informes de avance (semanales) y resultados finales, en los tiempos definidos por la entidad, sustentados con registros fotográficos, planillas de asistencia, comprobantes de registro en el aplicativo web y demás medios de verificación que demuestren la ejecución de la caracterización en territorio.

6. Transferir a la coordinación la base de datos consolidada en medio magnético, para la validación y consolidación de la información recolectada.

7. Atender los requerimientos, observaciones y recomendaciones realizadas por el supervisor del contrato, ajustando las actividades cuando sea necesario para garantizar el cumplimiento integral del objeto contractual.

8. Garantizar la confidencialidad de la información recolectada, cumpliendo las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables en materia de habeas data y protección de datos personales, adoptando medidas técnicas y administrativas que eviten la filtración, pérdida, uso indebido o divulgación no autorizada de los datos.

La presente certificación se expide en el Municipio de Castilla la Nueva, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2025.

YENIFER ASTRID RAMIREZ AMEZQUITA
Subdirectora Departamento Administrativo de Contratación Pública

Elaboró: Paola Andrea Palacio Prieto - Profesional - Departamento Administrativo de Contratación Pública	Firma:
Aprobó: Yenifer Astrid Ramirez Amezquita - subdirectora - Departamento Administrativo de Contratación Pública	Firma:



HACE CONSTAR QUE:

LAURA LISSETH TORRES CHÁVEZ

C.C 1006837098 de CASTILLA LA NUEVA (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

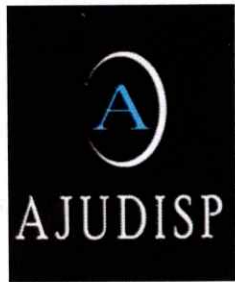
Realizado los días 14 al 15 JUNIO de 2026, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 15 DE JUNIO DE 2028.

DADO EN CASTILLA LA NUEVA (META) A LOS 15 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2026


CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE



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



NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460



ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA



EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE:

LAURA LISSETH TORRES CHÁVEZ

**C.C : 1006837098 DE CASTILLA LA NUEVA-META
ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO BASICO DE
COMPETENCIA EN ATENCIÓN AL USUARIO**

INTENSIDAD DE 40 HORAS



RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL



Asociación Juvenil de Estudios
Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP AJUDISP AJUDISP

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
AJUDISP Asociación AJUDISP AJUDISP

INSTRUCTOR

**DADO EN BOGOTÁ CUNDINAMARCA A LOS DIAS 17 DEL MES DE JUNIO
DEL 2026 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD**

	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			
	FORMATO CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD			
CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	DOCUMENTO CONTROLADO	
DE-F-04	5/04/2025	05		Página 1 de 1

CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.,

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto 1082 de 2015 reglamentario del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en su artículo 2.2.1.2.1.4.9, faculta contratar con una sola oferta bajo la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. En este mismo sentido, el Estatuto Interno de Contratación de la entidad, en sus artículos 18 y 19 señala las razones para contratar mínimo con una sola propuesta.

Que, las normas citadas con anterioridad, exhortan a la entidad para verificar **LA IDONEIDAD Y LA EXPERIENCIA REQUERIDA Y RELACIONADA**, acorde con los requisitos exigidos en el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación.

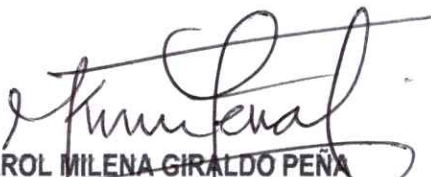
HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Laura Lisseth Torres Chaux, con CC No. 1006837098 de Castilla la Nueva se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2026-259

Verificado por:


YULY VIVIANA MORA GARCIA

Técnico Administrativo del SG-SST
 Verificó Sistema de Seguridad Social y Ocupacional


KAROL MILENA GIRALDO PEÑA

Profesional - Talento Humano Subg. A.F.
 Verificó Idoneidad por Perfil Profesional SIGEP II


DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA
 Profesional de Planeación, Calidad y Desarrollo
 Verificó Idoneidad por Perfil Área Asistencial


CAMILA HERNANDEZ RUIZ
 Profesional Contratación
 Contratista