

JULIO 2026

Doctora
Julia Isabel Muelle
Gerente
E.S.E Hospital Nuestra Señora de las Mercedes
Funza Cundinamarca

Ref.: Presentación propuesta de servicios de apoyo a la gestión de la E.S.E

Yo, Yasmín Yojana Salcedo Ruiz identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No 35535026 expedida en _____, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo la continuación, manifiesto que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como contratista independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO DE ESTUDIOS PREVIOS PARA LA CONTRATACION DE UNA PERSONA AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE REALICE EL APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL A EFECTOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION No 801 DE 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD.

Actividades a Realizar

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD
Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio e Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas
Realizar la Identificación, caracterización y seguimiento de riesgos en salud Individual, familiar, socio-ambiental, de acuerdo a los micro territorios asignados priorizando gestantes, adultos mayores y población diferencial, por medio del Sistema de Información de Atención Primaria en Salud del departamento (SURVEY) y Ministerio de Salud (SI-APS), e Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades, además 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. REPORTE DIARIO
Identificar personas no afiliadas al sistema de salud, Canalizar semanalmente el 100% de las personas y familias caracterizadas con riesgo alto y medio, a los médicos, psicólogos, enfermeras y profesionales complementarios de los Equipos Básico de Salud y/o EPS Respectiva, de acuerdo al territorio asignado y lineamientos municipales. REPORTE DIARIO

Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública, REPORTE INMEDIATO
Realizar la aplicación de la ficha de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Primera Infancia (AIEPI) comunitario a niños y niñas de primera infancia e infancia; informando de manera inmediata a la Secretaría de Salud los casos de maltrato infantil, desnutrición, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y niños trabajadores. REPORTE DIARIO
Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores, Realizar seguimiento y acompañamiento presencial, a los individuos y familias identificados con riesgo alto en salud o condiciones de vulnerabilidad en la visita domiciliaria, verificando la disminución del riesgo previamente identificado y la efectividad del acceso a los servicios en salud, según cada caso.
Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo
Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que se defina por medio del Sistema de Información de Atención Primaria en Salud del departamento (SURVEY) y Ministerio de Salud (SI-APS). REPORTE DIARIO
Participar activamente en las jornadas de salud extramurales que se dispongan para realizar ACTIVIDADES Tales como: Vacunación, toma signos vitales, toma de medidas antropométricas y las demás que se requieran frente a la intervención de EBS.
Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual, (capacitaciones, reuniones, apoyos, etc).
Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma SECOP II, DRI VE o demás plataformas que sean solicitadas por parte de la E.S.E. REPORTE SEMANAL - MENSUAL

VALOR MENSUAL; El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensuales es según lo ejecutado cada mes según el anexo técnico.

TERMINO INICIAL DE LA EJECUCION: Según el contrato interadministrativo MINISTERIO DE SALUD EQUIPOS BASICOS DE 2026.

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista Independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaró que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCIÓN: Manifiesto que mi dirección de residencia es Cll 179 # 4-33 barrio Villas del Mole del municipio de Facativá, correo electrónico yosminsalredo20504, mi número de celular es 3205788131

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,

(Firma)

Nombre: yosmin yojanna Salredo Ruiz

C.C. No. 35535026



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SALCEDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RUIZ	NOMBRES YASMIN JOHANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 35535028	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 25 MES 08 AÑO 1982	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 9 9 56 CASA VILLA SAGONIA	
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO CUNDINAMARCA
DEPTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO FACATATIVÁ	
MUNICIPIO FACATATIVÁ	TELÉFONO 8432330	EMAIL yasminsalcedo2016@hotmail.com

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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2000

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).			

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:							
INF (EDUCACIÓN INFORMAL)		TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)					
INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

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 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - TABIO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO TABIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 829292			FECHA DE INGRESO Día 15 Mes 10 Año 2025					FECHA DE RETIRO Día 15 Mes 12 Año 2025			
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APS EXTRAMURAL					DIRECCIÓN calle 3 # 3-87			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO FACATATIVA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3167434450			FECHA DE INGRESO Día 27 Mes 02 Año 2020					FECHA DE RETIRO Día 27 Mes 07 Año 2020			
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 3 5 68			

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

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	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	5
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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

Funza, Abril de 2026.

Yasmin Yojana Salcedo R.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

Funza, Abril 2026.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **35535026**

SALCEDO RUIZ
APELLIDOS

YASMIN YOJANA
NOMBRES

[Handwritten signature]

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-AGO-1982**

FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)

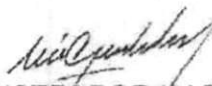
LUGAR DE NACIMIENTO

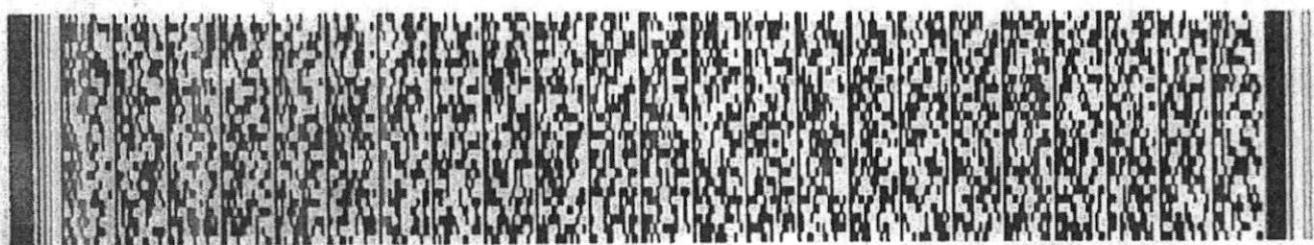
1.56
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

19-ABR-2001 FACATATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1507600-39096033-F-0035535026-20011119

0669901318A 01 096736231

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YASMIN	YOJANA	SALCEDO	RUIZ

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

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - TABIO

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 ACREENCIAS

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

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$17.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
NO TENGO	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	\$0,00

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

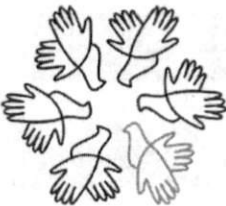
Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

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:

--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	1 de 4

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE			TIPO DE SOLICITUD
	Contratista ____	Proveedor ____	Personal Planta ____	Vinculación ☒
	Prestador IPS ____	Junta Directiva ____	Otro ____	Actualización ____

Departamento:

Ciudad:

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido:

Salcedo

Segundo Apellido:

Ruiz

Nombres:

Yasmin Yajana

Tipo De Documento

CC

No. De Identificación

3585026

Fecha De Nacimiento

25 Agosto 1982

Lugar De Nacimiento

Facatativa

Fecha De Expedición

19 Abril 2002

Lugar De Expedición

Facatativa

Dirección:

Calle 17 a #4-33

Ciudad

Facatativa

Departamento

Condunamarca

Teléfono

3205188131

Celular

3205188131

Profesión/Ocupación

Auxiliar de enfermería

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? ____ ¿Tiene reconocimiento público? ____ ¿Tiene grado de poder público? ____

¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? ____

PERSONA JURÍDICA

Razón social:

Nit:

Correo electrónico

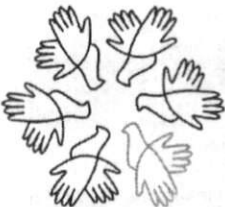
Tipo de contribuyente: ____ Régimen simplificado ____ Régimen común ____ Grandes contribuyentes ____ Otra ____
¿Cual? ____

Tipo de Empresa: Privada ____ Publica ____ Mixta ____ Sin ánimo de lucro ____

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	2 de 4

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

Salud ____	Farmacéutico ____	Industrial ____	Servicios ____	Comercial ____	Otro ____	¿Cuál?
------------	-------------------	-----------------	----------------	----------------	-----------	--------

Descripción de la actividad económica:

Dirección Oficina Principal	Teléfono Oficina Principal	Celular oficina principal
Departamento oficina principal	Correo oficina principal	Ciudad oficina principal
Dirección sucursal o agencia	Teléfono Sucursal O Agencia	Celular sucursal o agencia
Departamento Sucursal O Agencia	Correo Sucursal O Agencia	Ciudad Sucursal O Agencia

REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:
Tipo De Documento	No. De Identificación	Fecha De Nacimiento
Lugar De Nacimiento	Fecha De Expedición	Lugar De Expedición
Dirección:	Ciudad	Departamento
Teléfono	Celular	Profesión/Ocupación

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS
--

¿Administra recursos públicos? ____ ¿Tienen reconocimiento público? ____ ¿Tiene grado de poder público? ____ ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? ____
--

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"		
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE	
	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA		
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM	
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	3 de 4

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación.
(Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón Social O Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Porcentaje De Participación	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

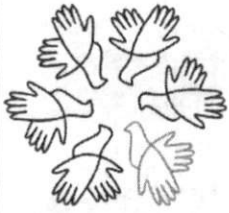
2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos \$	Total Pasivos \$	Total Patrimonio \$
Ingresos Mensuales \$	Egresos Mensuales \$	Otros Ingresos \$
Corte De Información Financiera		

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"		
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE	
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM	
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023
			PAGINA
			4 de 4

3. OPERACIONES INTERNACIONALES	
Realiza negocios en moneda extranjera	Tipo de transacciones
	¿Cuál?

PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA						
Tipo De Producto	No. De Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes:
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o cualquier norma que adicione o modifique.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla en cada proceso contractual o anualmente
- De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario
- Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a la proliferación de armas de destrucción masiva.
- Eximimos a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS
1. Fotocopia de documento de identidad personal natural o persona jurídica
2. Fotocopia de documento de identidad personal del representante legal
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

6. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Yasmin Salcedo

FIRMA



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

4. Número de formulario

141058935559



(415)7707212489984(8020) 000014105893555 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 5 5 3 5 0 2 6

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

3 5 5 3 5 0 2 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

Facatativá

2 6 9

31. Primer apellido

SALCEDO

32. Segundo apellido

RUIZ

33. Primer nombre

YASMIN

34. Otros nombres

YOJANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Facatativá

2 6 9

41. Dirección principal

CL 8 8 65

42. Correo electrónico

yasminsalcedo2016@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 5 7 8 8 1 3 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 7 0 8

Actividad secundaria

48. Código

4 7 9 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 7 0 8

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

5 1 3 2

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																							

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

☒

60. No. de Folios:

0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SALCEDO RUIZ YASMIN YOJANA

985. Cargo Contribuyente

	E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Tabio	CÓDIGO	GC-F-007
	Gestión Contractual	VERSIÓN	02
	CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL	CREACIÓN	2015-06-30
		REVISIÓN	2021-17-27

LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO

CERTIFICA

Que la señora **YASMIN YOLIANA SALCEDO RUIZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía N° 35.535.026, ha suscrito en el año 2025 el siguiente Contrato de Prestación de Servicios con la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de Tabio - Cundinamarca identificada con NIT 890999164-9:

1. Contrato de Prestación de Servicios No. 568-2025 suscrito el 15 de octubre y terminado el 14 de diciembre de 2025, por un valor inicial de **SEIS MILLONES DE PESOS MILTE (\$ 6.000.000)** de acuerdo al objeto: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN LA ZONA RURAL, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 1919 DEL 23 DE MAYO 2025, PARA DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO CUNDINAMARCA."**

En desarrollo del presente contrato EL CONTRATISTA se obliga para con EL Hospital a ejecutar las siguientes obligaciones específicas:

ITEM	ACTIVIDAD	SOPORTE DE EVIDENCIA DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	CANTIDAD PROGRAMADA EN MESES
1	Participar en todas las capacitaciones, brindadas por parte de la entidad territorial, departamento IPS, profesionales de salud y demás entidades.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1 Acta la cual debe tener como anexo, en un mismo documento registro fotográfico y listado de asistencia.	2
2	Participar de manera quincenal en las mesas de trabajo programadas para realizar seguimiento a las canalizaciones, socializar las barreras administrativas y demás dificultades que se presentan durante el desarrollo de las actividades, así como proponer alternativas de solución.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1 Acta la cual debe tener como anexo, en un mismo documento registro fotográfico y listado de asistencia.	4
3	Entrega de cronograma por corte de ejecución definido.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1 Cronograma en el formato establecido.	2
4	Apoyar el proceso de cartografía social de los territorios de abordaje como primer contacto con las comunidades de cada micro territorio.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1 Informe de cartografía de acuerdo al modelo establecido. Como anexos presentar Registro fotográfico y planillas de asistencia.	1

	E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Tabio	CÓDIGO	GC-F-007
	Gestión Contractual	VERSIÓN	02
	CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL	CREACIÓN	2015-06-30
		REVISIÓN	2021-12-27

		Para el caso de la población gestante identificada en el microterritorio, se exige mínimo un seguimiento mensual en ficha de caracterización familiar. Observación 4: Para el caso de las personas en etapa de puerperio identificada en el microterritorio, se exige mínimo un seguimiento dentro de los 42 días posteriores al parto en ficha de caracterización familiar.	
8	Identificar y canalizar a toda la población objeto al programa de vacunación como lo son los menores de 5 años, niños y niñas y niños de 9 a 17 años para VPH, Mujeres edad fértil de 10 a 49 años para TD, gestantes para TD, DPT + celular e influenza. Adultos a partir de 60 + influenza estacional, fiebre amarilla de 9 meses a 59 años y vacunación COVID. (Verificación del régimen afiliación al 100% los usuarios en base de datos enviada por la ESE y/o Adres, con el fin de determinar cual IPS es la responsable de brindar la atención a los usuarios.)	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Acta con soporte de canalización, es decir, las evidencias que soporten que el niño o niña fue enviado al área de vacunación de la ESE. 2. Base de canalización descargada y filtrada por auxiliar donde se evidencia el nombre de la persona que reporta la ejecución de la actividad y como segundo filtro que corresponda a la canalización por vacunación.	2
9	De acuerdo con la identificación de riesgos de salud, canalizar a toda la población de acuerdo a ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud, ruta materna perinatal según curso de vida establecido en la resolución 3280 de 2018 (profesionales EBS) y a los servicios sociales del municipio con el fin de garantizar la atención individualizada e impactar positivamente en el estado de salud y calidad de vida de la población. (Verificación del régimen afiliación al 100% los usuarios en base de datos enviada por la ESE y/o Adres, con el fin de determinar cual IPS es la responsable de brindar la atención a los usuarios.)	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Base de canalización descargada y filtrada por auxiliar donde se evidencia el nombre de la persona que reporta la ejecución de la actividad y los riesgos identificados.	2
10	Realizar las acciones de información a las familias visitadas, con el fin de promover la salud y la cultura del autocuidado y/o de acuerdo a los riesgos identificados. (anexo 5 CUPS resolución 2017/2021) Orientar y brindar mensajes claves a los individuos y familias sobre lactancia materna (gestantes y lactantes), desparasitación y suplementación con micronutrientes (gestantes primera infancia), signos clínicos de DNT aguda.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Informe de la actividad, el cual debe contener en un solo documento como anexo el estado de asistencia registro fotográfico donde se evidencia el desarrollo de la actividad, fecha, hora con aplicación de geotaggeo que concorde con los demás soportes y Herramienta metodológica utilizada (folleto, infografía, volante etc.)	2

	E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Tabio	CÓDIGO	GC-P-007
	Gestión Contractual	VERSIÓN	02
	CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL	CREACIÓN	2015-06-30
		REVISIÓN	2021-12-27

	(menores de 5 años) para promover prácticas de cuidado para la salud. 110605-INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. * Informar en el entorno hogar a la de la población con discapacidad que no cuenta con certificación de discapacidad la RUTA para obtener la certificación 110604-INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD. * Informar a las familias visitadas en el entorno hogar, en el uso adecuado de elementos de higiene bucal e informar la importancia de asistir a la consulta odontológica mínimo dos veces al año de acuerdo al curso de vida. 110404-INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA HIGIENE Y LA SALUD BUCAL. * Informar a la población visitada sobre pautas de cuidado para prevención de cáncer de cuello uterino, próstata y mama, para promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud. * Informar a la población visitada sobre la técnica del autoexamen de seno en el entorno hogar, para promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud. 110407-INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS ONCOLÓGICAS. * Informar al 100% de las familias visitadas sobre la importancia del programa ampliado de inmunizaciones 110307-INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI y demás riesgos identifica.		
11	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Acta en la que se evidencie el envío del correo al Promotor de EBS, lo cual debe contener copia de documento de identidad, verificación de Adres y datos de ubicación del usuario al gestor comunitario. Observación 1: En el caso de no identificar población no afiliada debe presentar acta con el promotor.	2
12	Diligenciamiento de base población beneficiada por curso de vida de todas las actividades del anexo técnico	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1 Formato establecido para la consolidación de la población atendida.	2



E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Tabio

Gestión Contractual

CÓDIGO

GC-F-007

VERSIÓN

02

CREACIÓN

2015-06-30

REVISIÓN

2021-12-27

CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL

13	Apoyar y asistir los encuentros de salud en el micro territorio asignado.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Informe de la actividad con reporte cuantitativo de la población atendida, el cual debe contener en un solo documento como anexo el listado de asistencia, registro fotográfico donde se evidencia el desarrollo de la actividad, fecha, hora con aplicación de geolocalización que concida con los demás soportes y Herramienta metodológica utilizada (folleto, infografía, volante, etc.)	1
14	Elaboración de informe mensual cualitativo de las actividades ejecutadas de acuerdo a anexo técnico.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Informe mensual, de acuerdo con modelo establecido.	2

Observación 1. En caso de no ejecutar alguna actividad se debe presentar un certificado en el formato establecido, en el que se indique el motivo por el cual no se llevo a cabo la actividad.
Observación 2. Meta asignada mínimo 30 visitas rural y 40 urbanas.
Observación 3. Al finalizar el contrato se debe entregar en físico y digital el archivo de los meses de ejecución al jefe o coordinador del micro territorio asignado.

1. Diligenciar y mantener actualizadas las bases de datos generadas en el marco de la ejecución del presente contrato.
2. Practicar y fomentar la atención humanizada como pilar de la institución, en el marco de los planes y programas implementados en la ESE Nuestra Señora del Carmen aportando a un servicio de alta calidad.
3. Apoyar la implementación de los procesos de MIPG, acreditación, auditoría para el mejoramiento de la calidad, seguridad del paciente, y demás políticas y programas que desarrolle la institución.
4. Realizar inventario de insumos y equipos de acuerdo al cronograma establecido por el supervisor de contrato.
5. Presentar informe de actividades parcial por cada periodo de pago, con los soportes físicos y/o magnéticos de cada actividad.
6. Acatar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo al objeto del contrato.

Si en otro en particular, suscribe,

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, en la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO - Cundinamarca a los diecinueve (19) días del mes de enero del año dos mil veintiseis (2026).

Laura Cristina Castañeda Guerrero
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Proyecto: (Código) y otro: (Código) y otro: (Código)	Nombre:	Fecha:
Revisión: (Código) y otro: (Código) y otro: (Código)	Fecha:	19 de enero de 2026
Firma: (Código) y otro: (Código) y otro: (Código)		



INCATEC

INSTITUTO DE CAPACITACION TECNICA

EDUCACION NO FORMAL

RESOLUCION No. 001238 SECRETARIA DE EDUCACION CUND.
EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DE CUNDINAMARCA

Confiere el Certificado de
INCATEC
Auxiliar De Enfermería

INSTITUTO DE CAPACITACION TECNICA

Gazmin Johana Salcedo Ruiz

C.C. No. 35.555.026 De Secretariado Técnico

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por el Instituto y la Secretaría de Educación de Cundinamarca con intensidad horaria de 1800 horas.

Se expide el presente Certificado en Secretariado a los 20 días del mes de Septiembre de 2005.

[Signature]
[Stamp]

[Signature]
Secretaria

[Signature]
Secretaria

INSTITUTO DE CAPACITACION TÉCNICA
I N C A T E C

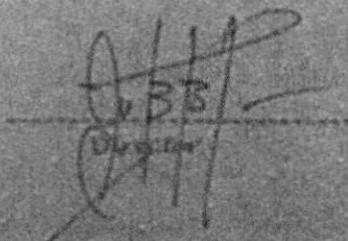
Aprobado: 1999
Aprobado No. 001238
Resolución No. 001238
De 1999

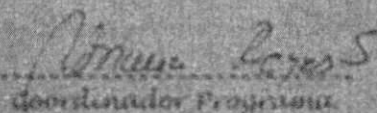
ACTA DE CERTIFICACION No. 010

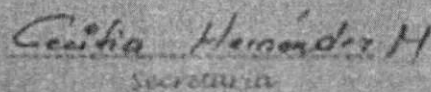
En la Ciudad de Facatativá, Departamento de Cundinamarca, a los veinte días del mes de Septiembre del año Dos Mil tres, en el Teatro de la Escuela de Comunicaciones del Ejército Nacional de Facatativá, siendo las dos de la tarde, con el fin de protocolizar la certificación de unos alumnos del Instituto de Capacitación Técnica "INCATEC", se reunieron Dr. Angel Arturo Bastos B. Director del Instituto, Enfermera Jefe Adriana Reyes S., Coordinadora del Programa Auxiliares de Enfermería, Dra. Janne Flesher E. Coordinadora Programas Auxiliares de Consultorio Odontológico, Higiene Oral y Mecánica Dental, Docentes y Sra. Cecilia Hernández M. Secretaria, todos funcionarios del Instituto, para dar cumplimiento a la solemne ceremonia y entrega de Certificados a los estudiantes que culminaron su capacitación de Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de Consultorio Odontológico, Auxiliares de Higiene Oral y Técnicos Mecánica Dental, en el primer periodo del año Dos Mil tres, comprobada su situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes, se procedió a entregar el certificado individual que lo acredita como AUXILIAR DE ENFERMERIA A YAZMIN JOHANA SALCEDO RUIZ, identificada con CC 35'535.0266 de Facatativá (Ciudad), según acto administrativo legal vigente respaldado por la Resolución No. 001238 emanada de la Secretaría de Educación de Cundinamarca, fechada 03 de Noviembre de 1999.

Es fiel copia tomada del original del Acta general No. 010 con fecha 20 - 09 - 03 que consta de cincuenta alumnos egresados, que comienza con el nombre de ADRIANA DEL PILAR RAMÍREZ COLORADO y termina con el nombre de FANNY VIVIANA GARZON ROMERO.

Firmada y sellada por el Sr. Director, Coordinadora del programa y secretaria.


Director


Coordinadora Programa


Secretaria



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Nuevo Colegio García de Lorenzo

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según
Resolución No. 000788 del 20 de Junio de 2000

Confiere a:

Salcedo Ruiz Nazmin Nojuna

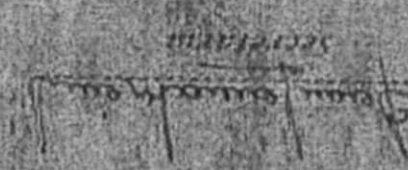
C.C. 820825-0123 de Facultad

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al nivel de Educación Media Académica,
según los planes y normas vigentes.

Hecho en Bogotá, D.C., a los _____ días del mes de _____ del 2000


Secretario

Hecho en Bogotá, D.C., a los _____ días del mes de Mayo de 1994
Por la Secretaría de Educación

Acta de grado

COLEGIO GARCIA DE LORENZO
FACATATIVA

INSTITUCIÓN V.E. ILICITADA
CRA 11 3226900643

Dirección: Cra. 3 # 7 - 66 Centro Teléfono: (91) 842 5548
Tornada: Diurna.

En la ciudad de Facatativa a los dos (2) días del mes de Diciembre del año 2000 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del grado 11º, los suscritos Rectora y Secretaria (a) de la Rectoría del NUEVO COLEGIO GARCIA DE LORENZO, Institución aprobada hasta Nueva Visión en el nivel de Educación Media Académica, autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Certificado de BACHILLERATO en la modalidad ACADEMICA según Resolución N° 000799 del día 20 del mes de JUNIO del año 2000.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación: SALCEDO RUIZ YAZMIN YOVANA con T.I. # 826025-04253 de Facatativa. Es fiel copia tomada del acta original N° 008 de fecha 2 de Diciembre del 2000 que consta de 3 alumnos que comienzan con el nombre de AGUDELO MORALES JULIAN FERNANDO y se cierra con el nombre de YATE FAJARDO SONIA LILIANA, firmado y sellado por OLGA VALERO DE CUFINO (Rectora) y ESPERANZA HERRERA REINA (Secretaria).

Dada en Facatativa a los 2 días del mes de Diciembre del año 2000,
FIRMAS: OLGA VALERO DE CUFINO


OLGA VALERO DE CUFINO
RECTORA
C.C. # 31.331.214 DE BOGOTÁ


ESPERANZA HERRERA REINA
SECRETARIA
C.C. # 35.316.042 DE FACATATIVA

DIPLOMA N° 001701-032

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-07-10--4:00:08 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	35535026	YOJANA		SALCEDO	RUIZ	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) YOJANA SALCEDO RUIZ identificado(a) con CC 35535026 registra La siguiente información:

2026-07-10-4:00:08 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2003-12-30	5239	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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).

RESOLUCION No. 25 5239 DE 2003

30 DIC. 2003

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional"

EL SECRETARIO DE SALUD,

En ejercicio de sus funciones y de la delegación conferida por la Resolución No. 8211 de julio 13 de 1999, emanada del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que YASMIN YOJANA SALCEDO RUIZ, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 35.535.026 de Facatativá (Cundinamarca), solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, que le otorga **EL INSTITUTO DE CAPACITACION TECNICA "INCATEC" FACATATIVA CUNDINAMARCA**, SEGUN ACTA DE CERTIFICACION No.010, DE FECHA 20 DE SEPTIEMBRE DE 2003,

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz tratada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE:

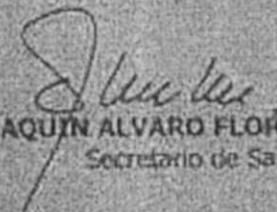
ARTICULO PRIMERO. Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, conferido a YASMIN YOJANA SALCEDO RUIZ, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 35.535.026 de Facatativá (Cundinamarca), que le otorga **EL INSTITUTO DE CAPACITACION TECNICA "INCATEC" FACATATIVA CUNDINAMARCA**, SEGUN ACTA DE CERTIFICACION No.010, DE FECHA 20 DE SEPTIEMBRE DE 2003.

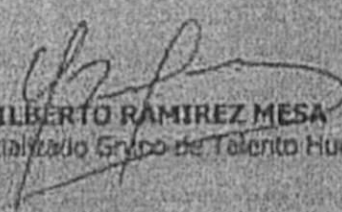
PARAGRAFO. Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO. Contra la presente Resolución procede el Recurso de Revisión, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los 30 DIC. 2003


JOAQUÍN ALVARO FLOREZ BERNAL
Secretario de Salud


PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Profesional Especializado Grupo de Talento Humano

 Yo, Sr. Director General,

Trabajemos Juntos por Cundinamarca

Edo. Administrativo - Calle 25 - 47-73 Torre de Salud Piso 5 Bogotá, D.C.
Tel. 01-428 0112 / 0113 Fax 01-428 1982

CV-8664-2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

YASMIN YOJANA SALCEDO RUIZ

C.C.35.535.026

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C. 05 DE OCTUBRE DE 2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES
ANGELES DE LA SALUD S.A.S.


LINA M. MEDINA

GERENCIA




NELSON F. CASTILLO

DIRECCIÓN

3505618740 - 3222354745
atencionalcliente@angesdelasalud.com
www.angesdelasalud.com
VIGENCIA OCTUBRE DE 2027

CV-8667-2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

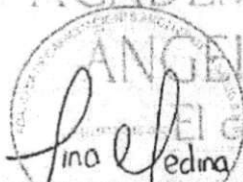
YASMIN YOJANA SALCEDO RUIZ

C.C.35.535.026

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en MANEJO DEL DUELO con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C. 05 DE OCTUBRE DE 2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES
ANGELES DE LA SALUD S.A.S.


LINA M. MEDINA

GERENCIA




NELSON F. CASTILLO

DIRECCIÓN

3505618740 - 3222354745
atencionalcliente@angelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com
VIGENCIA OCTUBRE DE 2027

CV-8667-2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

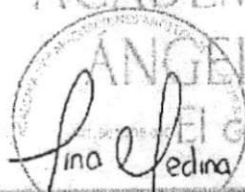
YASMIN YOJANA SALCEDO RUIZ

C.C.35.535.026

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

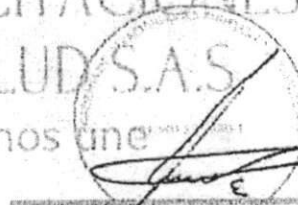
BOGOTÁ D.C. 05 DE OCTUBRE DE 2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES
ANGELES DE LA SALUD S.A.S.


LINA M. MEDINA

GERENCIA




NELSON F. CASTILLO

DIRECCIÓN

3505618740 - 3222354745
atencionalcliente@angelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com
VIGENCIA OCTUBRE DE 2027

CV-8669-2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

YASMIN YOJANA SALCEDO RUIZ

C.C.35.535.026

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller HUMANIZACIÓN con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C. 04 DE OCTUBRE DE 2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES
ANGELES DE LA SALUD S.A.S.


LINA M. MEDINA

GERENCIA




NELSON F. CASTILLO

DIRECCIÓN

3505618740 - 3222354745
atencionalcliente@angelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com
VIGENCIA OCTUBRE DE 2027

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299286379



PIB

14:24:20

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 de julio 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) YASMIN YOJANA SALCEDO RUIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 35535026:

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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 10 de julio de 2026, a las 14:09:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	35535026
Código de Verificación	35535026260710140930

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



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/07/2026 02:16:45 p. m. para el **Nº de Expediente o Comparendo: Nº. 35535026** ✓

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. **143697673** . 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 Búsqueda

Imprimir



**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA**



GOV.CO



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:19:29 PM horas del 10/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **35535026**

Apellidos y Nombres: **SALCEDO RUIZ YASMIN YOJANA**

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)

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:09:33 horas del 10/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **35535026**, Apellidos y Nombres **SALCEDO RUIZ YASMIN YOJANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES FUNZA**, con NIT **900750333-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "*por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones*" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "*por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018*", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



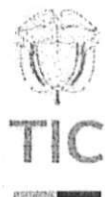
Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES





**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 35535026 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 10/04/2026 04:43 PM



Código Verificación: 1B4QMY6VN8

Válida hasta: 09/07/2026

Dirección de Gobierno Digital

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



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 15/06/2025

APELLIDO: SALCEDO RUIZ NOMBRES: YASMIN YOHANA

C.C: 35535026

EDAD: 43

TELEFONO: 3205788131



Ingreso ☒ Permisión ☐ Egreso ☐
EMPRESA: HSRF

CARGO: GEBI

DATOS DEL EXAMEN

EXAMEN VISUAL	NO APLICA
EXAMEN AUDITIVO	NO APLICA
EXAMEN ESPIROMETRIA	NO APLICA
OTROS EXAMENES COMPLEMENTARIOS	NO APLICA

APTITUD LABORAL

1 EXAMEN INGRESO CON PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN	X	5 APLAZADO
2 APTO CON RESTRICCIONES		6 CON RESTRICCION PARA LA LABOR
3 APTO CON PATOLOGIAS QUE NO AFECTAN LA LABOR		7 APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS
4 APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		8 PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR

RESTRICCIONES	Temporal	Permanente
---------------	----------	------------

Observaciones y recomendaciones. PUEDE REALIZAR LA LABOR ASIGNADA.
SE RECOMIENDA:
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA.
PAUSAS ACTIVAS.
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL SEGUN LABOR.

FIRMA:
Dra. ALEXANDRA GARCIA ALAYON
RM 25297-99 L.S.O 4298 - 24/04/2011

FIRMA:
Candidato / Colaborador

Declaro que la informacion anterior es VERIDICA y autorizo al centro medico para dar a conocer el presente Certificado a la empresa en la que aspiro trabajar.

Colombia



Salud

OR DE AUTENTICIDAD



ID: H834407c-e6ce-4344-9b40-b9ca7a06

Nombres y apellidos / Full name

YASMIN YOJANA SALCEDO RUIZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

Fecha de nacimiento / Date of birth

País nacimiento / Country of birth

3 5 5 3 5 0 2 6

25/08/1982

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

NO REGISTRA

[illegible]

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.

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) YASMIN YOJANA SALCEDO RUIZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 35535026, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260526	VIGENTE

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 3 días del mes de Julio de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
HOSPITAL DE FUNZA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 32816956



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YASMIN YOJANA SALCEDO RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **35.535.026**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Certificación Bancaria

Jueves, 09 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que YASMIN YOJANA SALCEDO RUIZ identificado(a) con CC 35535026, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
CUENTA AHORROS	37219095288	2014-01-29	Activo	*****

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

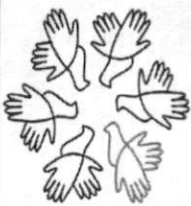
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05
Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		AREA O PROCESO QUE LO GENERA	
	FORMATO	CERTIFICADO DE IDONEIDAD		GESTION DEL TALENTO HUMANO	
	CODIGO	VERSION	FECHA DE ELABORACION	PAGINA	
	A – TH – F - 015	2	12/0/2025	1 DE 1	

LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO “HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES”

NIT. 900.750.333-1

CERTIFICA:

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **YASMIN YOJANA SALCEDO RUIZ** identificado (a) con cedula de ciudadanía No 35.535.026, se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra la idoneidad y experiencia relacionada.

Para constancia de lo anterior se firma a los diez (10) días del mes de Julio del Año dos mil veintiséis (2026).


MARICEL MUÑOZ CÁRDENAS
 Profesional de Talento Humano

Elaboró y Proyectó: Maricel Muñoz Cárdenas / Profesional de Talento Humano
 Revisó y Aprobó: Juan Sebastián Duarte Flores / Subgerente Administrativo y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos aprobamos, declaramos que le presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de Gerencia de la E.S.E

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera

“Tu Salud, Nuestro Compromiso”

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co