Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Laborde	Viloria	Daniel Alfonso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1001939057	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO 10010939057 D.M. 1

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	
FECHA	DIA 03 MES 04 AÑO 2000	CARRERA 112F BIS 78 39 villas de granada, engativa.	
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	ATLÁNTICO	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.	
MUNICIPIO	BARRANQUILLA	TELÉFONO	EMAIL daniel.labordev3@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		EDUCACION MEDIA			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO			
										X	MES 11		AÑO	2018

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	11	2023	1001939057

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
INGLÉS	X				X		X		

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 6017454949	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	23	*Mes*	04	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD						*DIRECCIÓN*				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD PREDENTIST LAGOS DE SUBA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 3502607112	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	04	*Mes*	06	*Año*	2025	*Día*	21	*Mes*	04	*Año* 2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGO INTEGRAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD						*DIRECCIÓN*				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: DENTISONRIA ENGTIVA PUEBLO			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 3228629779	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	27	Mes	05	Año	2025	Día	21	Mes	04	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ODONTOLOGO INTEGRAL	DEPENDENCIA: AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD						DIRECCIÓN: CALLE 64 113F 26 DENTISONRIA ENGATIVA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: CLÍNICA ODONTO HEALTH			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO	MUNICIPIO: BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 3146399725	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	17	Mes	02	Año	2025	Día	24	Mes	05	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ODONTOLOGO COMERCIAL	DEPENDENCIA: AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD						DIRECCIÓN: CALLE 93 49C 149 CLÍNICA ODONTO HEALTH 93					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN JOSE - ORTEGA			PÚBLICA: X		PRIVADA		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: TOLIMA	MUNICIPIO: ORTEGA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 3144548700	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	07	Mes	08	Año	2024	Día	21	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ODONTOLOGO APS	DEPENDENCIA: AND - FUNCION PUBLICA						DIRECCIÓN: CALLE 6 3 25 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE ORTEGA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO			PÚBLICA: X		PRIVADA		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO	MUNICIPIO: MALAMBO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 3004552520	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	23	Mes	05	Año	2023	Día	23	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ODONTOLOGO	DEPENDENCIA: AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD						DIRECCIÓN: CALLE 10A 23 93 E.S.E HOSPITAL LOCAL MALAMBO					

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	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Ortega, Tolima 28-07-26

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correpondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
1001939057	Daniel Alfonso Laborde Viloria	2/08/2024 2:58:07 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2/08/2024 2:58:07 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

República de Colombia
y en su nombre

El Colegio Militar Acoolsure

Barranquilla

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital de Barranquilla, según Resolución No. 000831 de Marzo 28 del 2000 - 05346 de junio 10 del 2014 y por el Ministerio de Defensa Nacional, según Resolución No. 1040 del 6 de Marzo de 1978

Confiere a:

Daniel Alfonso Laborde Viloria

C.C. 1.001.939.057

el Título de:

Bachiller Académico con Orientación Militar

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994); según los planes y programas vigentes.

En la Notaría Única de Barranquilla se cotejó la presente fotocopia que coincide con el original que se ha tenido a la vista.
15 ENE 2019
JAIME HORTA DÍAZ
Notario Único
Barranquilla - Colombia

Lic. Henry Mantilla Oñoro
C.C. 8.681.435
Rector

Mónica Mercado Salas
C.C. 32.879.898
Secretaria

Anotado al folio 145 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 018

JAIME HORTA DIAZ
NOTARIO
11
BARRANQUILLA

COLEGIO MILITAR ACOOLSURE
BARRANQUILLA
DISCIPLINA CIENCIA Y ESTUDIO

Barranquilla, 6 de diciembre del 2018

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

Powered by CamScanner

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO MILITAR ACOOLSURE

NIT: 800.065.607-1
CALLE 76 No. 38C - 110
TELÉFONOS: 3586360 - 3586364

En la ciudad de Barranquilla, a los 6 días del mes Diciembre de 2018, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector (a) y Secretario (a) del **COLEGIO MILITAR ACOOLSURE,** Institución aprobada por la Secretaría de Educación Distrital, según licencia de Funcionamiento No. 000831 del 28 de Marzo de 2000 - 05346 del 10 de junio del 2014 y por el Ministerio de Defensa Nacional, según Licencia de Funcionamiento No. 1040 de Marzo 6 de 1978 para otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO CON PROFUNDIZACIÓN EN ORIENTACIÓN MILITAR.**

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO CON PROFUNDIZACIÓN EN ORIENTACIÓN MILITAR,** al graduando cuyo número de orden, nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación

No. Interno 18

Daniel Alfonso Laborde Viloria
C.C. 1.001.939.057

Es fiel copia tomada del Acta Original No. 072, consta de 40 alumnos. Comienza con el nombre de: Ahumada García Juan Camilo y termina con el nombre de: Zúñiga Blanco Isaac Daniel firmada por Lic. Henry Mantilla Oñoro (Rector) y Mónica Mercado Salas (Secretaria).

Dado en Barranquilla a los 6 días del mes de Diciembre de 2018.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.

En la Notaría Once de Barranquilla se cotejó la presente fotocopia que coincide con el original que se ha tenido a la vista.
15 ENE 2019
JAIME HORTA DIAZ
Notario Once
Barranquilla, Colombia
JAIME HORTA DIAZ
NOTARIO
11
BARRANQUILLA

Lic. Henry Mantilla Oñoro
C.C. 8.681.435
Rector

Mónica Mercado Salas
C.C. 32.879.898
Secretaria

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA.
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con Personería Jurídica No. 1052 del 25 de febrero de 1974 y con reconocimiento institucional como Universidad mediante la Resolución Nº 08687 del 24 de julio de 1987, expedidas por el Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE

DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA

C.C.No.1.001.939.057

HA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS REGLAMENTARIAMENTE EXIGIDOS, LE CONFIERE EL TÍTULO DE:

ODONTOLOGO

SE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA EN BARRANQUILLA, ATLÁNTICO, A LOS 15 DÍAS DEL MES DICIEMBRE DEL AÑO 2023.

VICE-RECTOR ACADÉMICO

RECTOR

DIRECTOR DE PROGRAMA

ANOTADO EN EL LIBRO 2 . FOLIO 15 . REGISTRO DE DIPLOMA Nº 0 - 2847.

20362

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con Personería Jurídica No. 1052 del 25 de febrero de 1974, expedida por el Ministerio de Justicia y con reconocimiento institucional como Universidad mediante la Resolución No. 08687 del 24 de julio de 1987, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

Programa de ODONTOLOGÍA *Código: O-180-3973-23*

En Barranquilla a los 15 días del mes de Diciembre de 2023, según consta en el Acta, se reunieron en el aula máxima de la Universidad Metropolitana los señores JUAN JOSE ACOSTA OSSIO, Rector de la Universidad Metropolitana; ARTURO GONZALEZ PEÑA, Vice-Rector Academico, ALFREDO JOSÉ DE LA CRUZ VILLA Director(a) del Programa, con el fin de llevar a cabo el acto solemne de grado de Programa de ODONTOLOGÍA a:

Daniel Alfonso Laborde Viloria

Cédula De Ciudadanía 1.001.939.057 de Barranquilla

Quien se presentó a recibir su titulo despúes de haber llenado los requisitos que los Reglamentos de la Universidad exigen para tal fin.

El señor Rector de la Universidad hace entrega al graduando del Diploma que lo acredita como:

Odontólogo

Para constancia se firma la presente Acta por todos los que en ella han intervenido.

(Fdo) JUAN JOSE ACOSTA OSSIO
Rector

(Fdo)ALFREDO JOSÉ DE LA CRUZ VILLA
Director(a) de Programa

(Fdo)ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA
Vice-Rector Academico

Es fiel copia de la parte pertinente del original, tomado del Libro de Actas respectivo.

ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA
Vice-Rector Academico

E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO
Santa María Magdalena

Malambo - Atlántico, 25 de febrero 2026.

Señores
A quien interese

Cordial saludo.

Asunto: Certificado de práctica.

Por medio de la presente damos constancia que el estudiante **DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA,** identificado con el documento de identidad **N. 1001939057** de la Universidad Metropolita. Ha realizado sus prácticas de **Odontólogo**, en nuestra **E.S.E. Hospital Local de Malambo;** realizando sus funciones en el periodo que comprende desde el día 23/05/2023 hasta 23/11/2023.

El estudiante realizo su práctica a completa satisfacción y mostró en todo momento eficiencia, puntualidad, responsabilidad y buena formación académica.

Atentamente,

Zamira Aljure De la Rosa
Coordinadora docencia y servicio.

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO

HACE CONSTAR

Que revisado el archivo de contratación que reposa en el área de gerencia se encontró que **DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA**, identificado con la cédula de ciudadanía No.100.193.9057, PRESTOS SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO PARA LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD DEL HOSPITAL SAN JOSE ESE NIVEL I DE ORTEGA TOLIMA; mediante el siguiente contrato:

- Contrato No.228 del 7 de agosto de 2024 al 21 de diciembre de 2024.

Dada en Ortega Tolima, a los ocho (8) días del mes de febrero de 2025

CARLOS ANDRES CHILATRA LOZANO
Profesional Universitario

Elaboro Norma E. Ramírez

Vigilado Supersalud

Odonto Health
Diseñadores de Sonrisas

CERTIFICACIÓN LABORAL

Barranquilla, 12 de febrero de 2026

A quien corresponda:

Por medio de la presente, la Clínica Odonto Health certifica que el Dr. Daniel Alfonso Laborde Viloria, identificado con cédula de ciudadanía No. 1001939057, prestó sus servicios profesionales como odontólogo general con énfasis en estética dental y gestión comercial, bajo modalidad de prestación de servicios profesionales (ejercicio independiente), desde el 17 de febrero de 2025 hasta el 24 de mayo de 2025.

Durante este periodo, el Dr. Daniel Laborde desarrolló actividades de valoración integral, diagnóstico y ejecución de tratamientos odontológicos, con especial enfoque en procedimientos estéticos y diseños de sonrisa. Asimismo, participó activamente en la orientación y cierre de planes de tratamiento, fortaleciendo la experiencia del paciente y contribuyendo al cumplimiento de metas comerciales de la clínica.

La vinculación se realizó bajo modalidad independiente, percibiendo honorarios variables derivados de la producción generada por los servicios prestados.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado.

Atentamente,

DRA KAREN ALGARRA FUENTES
GERENTE, ODONTÓLOGA GENERAL
CLÍNICA ODONTO HEALTH

TANIA NORMA ORDUZ SOLÓRZANO
CONTADOR PÚBLICO
TP 147142-T

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE

La suscrita Contadora Pública TANIA NORMA ORDUZ SOLÓRZANO, certifica que el señor DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA, identificado con cédula de ciudadanía número 1.001.939.057 de Barranquilla, obtuvo los siguientes ingresos promedio mensuales, así:

- Provenientes de su actividad como Odontólogo Independiente, en consultorio ubicado en la ciudad de Bogotá (Engativá – Pueblo), desde el 27 de mayo del año 2025 a la fecha, **ejerciendo su actividad profesional tres (3) días a la semana en modalidad rotativa, en horario de 10:00 a.m. a 7:00 p.m.**, percibiendo un ingreso promedio mensual de $2.612.000 (dos millones seiscientos doce mil pesos) mcte.

- Provenientes de su actividad como Odontólogo Independiente, en consultorio ubicado en la ciudad de Bogotá (Lagos de Suba), desde el 4 de junio del año 2025 a la fecha, **ejerciendo su actividad profesional tres (3) días a la semana en modalidad rotativa, en horario de 10:00 a.m. a 7:00 p.m.**, percibiendo un ingreso promedio mensual de $1.657.000 (un millón seiscientos cincuenta y siete mil pesos) mcte.

Para un total durante los períodos de $32.500.000 (treinta y dos millones quinientos mil pesos) mcte

Se expide a solicitud del interesado, a los veinticinco (25) días del mes de febrero del año dos mil veintiséis (2026), para los fines pertinentes

La presente información, es tomada de los soportes suministrados por el señor DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA, a la fecha de esta certificación

TANIA NORMA ORDUZ SOLÓRZANO
CONTADOR PÚBLICO
TP 147142-T



LABOR HUMANA

NIT. 900404273-3

EL SUSCRITO DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **LABORDE VILORIA DANIEL ALFONSO**, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA numero: **1.001.939.057** Está vinculado(a) a nuestra empresa a través de un contrato individual de trabajo por la duración de una obra o labor determinada para trabajadores en misión desde el **23 de Abril de 2026**.
A la fecha se encuentra asignado (a) en calidad de trabajador (a) en misión a la empresa usuaria **VIVA 1A IPS S.A.** . Su labor contratada es de **ODONTOLOGO(A)**.
Su remuneración mensual es la siguiente:

I - SALARIO BASICO :	**COP**	**2.166.264,00**
TOTAL:	**COP**	**2.166.264,00**

Dos millones ciento sesenta y seis mil doscientos sesenta y cuatro pesos mcte

Se expide la siguiente certificación con destino al interesado a los 16 días del mes de Julio de 2026

LINDA ROMERO ANILLO

confirmación cartas laborales por correo electrónico: lromero@grupointegral.com.co recepcion@grupointegral.com.co



Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: c21eb4c4-671f-4883-9167-a0ab7a2cdabc

Nombres y apellidos / Full name: **DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 0 1 9 3 9 0 5 7**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **03/04/2000**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3016261517**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sarampión Rubéola	Adicional	03	09	2012		012N1018	BARRANQUILLA GRUPO EXTRAMURAL VIGILANCIA EPIDEMIOL	
Meningococo Tetravalente ACWY Particular	Primera	17	03	2021		843M	BARRANQUILLA IPS SUS VACUNAS SAS	SANDRA MILENA MOYA MASCO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	17	03	2021		AHBVC877AB	BARRANQUILLA IPS SUS VACUNAS SAS	SANDRA MILENA MOYA MASCO
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	17	03	2021		AHAVC047BA	BARRANQUILLA IPS SUS VACUNAS SAS	SANDRA MILENA MOYA MASCO
DPTa Acelular Adulto Particular	Única	17	03	2021		AC37B367AG	BARRANQUILLA IPS SUS VACUNAS SAS	SANDRA MILENA MOYA MASCO
Triple Viral Particular	Refuerzo	17	03	2021		A69CF094A	BARRANQUILLA IPS SUS VACUNAS SAS	SANDRA MILENA MOYA MASCO
COVID MODERNA	Primera	22	08	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	060D21A	EPS SANITAS CENTRO MEDICO NUEVO HORIZONTE	KATHERINE BARRAZA QUIROZ
COVID MODERNA	Segunda	20	12	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	939911	SAVIATECH SAS	MARIA DOLORES DIAGO PADILLA
Fiebre Amarilla	Única	02	03	2023	Sanofi Pasteur	V3N211V	MIRED BARRANQUILLA PASO LA UNION-SAN JOSE	ANGELICA MARIA RODRIGUEZ ROMERO
Hepatitis B Adultos	Segunda	02	03	2023	LG CHEM	UVX20003	MIRED BARRANQUILLA PASO LA UNION-SAN JOSE	ANGELICA MARIA RODRIGUEZ ROMERO
Influenza Adultos Particular	Anual	07	06	2023		X3A21	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	ADRIANA MILENA MEDINA VERGARA
TD Adulto Particular	Segunda	07	06	2023		220800522A	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	ADRIANA MILENA MEDINA VERGARA
Hepatitis A Adultos Particular	Segunda	07	06	2023		AHACV111BB	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	ADRIANA MILENA MEDINA VERGARA
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	07	06	2023		22GHBV007	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	ADRIANA MILENA MEDINA VERGARA

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

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

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

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

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: c21eb4c4-671f-4883-9167-a0ab7a2cdabc

Nombres y apellidos / Full name: **DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 0 1 9 3 9 0 5 7**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **03/04/2000**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3016261517**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Fiebre Tifoidea Paratifoidea Oral	Primera	26	06	2023		V2A076	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	ADRIANA MILENA MEDINA VERGARA
TD Adulto Particular	Tercera	02	08	2024		220800423C	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	PAOLA VAQUIRO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	02	08	2024	Green Cross	V50524002	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	LAURA VALENTINA MONTAÑA LOZANO
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	18	12	2025	Sarampión -Rubéola - SERUM	0095N001B	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS	ANGELA DANIELA ACOSTA MARTIN

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

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

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

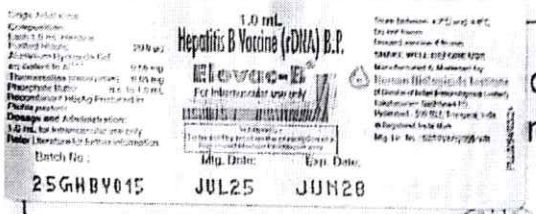
El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

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

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

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

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



o en Colombia.
ntrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: DANIE ALFONSO

Apellidos: LABORDE URIBE

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1001939057

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular Una dosis por embarazo				
Virus Sincitial Respiratorio Una dosis por embarazo				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Hepatitis B	1			
	2	22 ABR 2026	256HBV015	DIANA BUSC
Covid 19				
Otras				

Powered by CamScanner

Nombre: Daniel Labarca Vilariño

Identificación: 1007939057

Fecha de Nacimiento Día 03 Mes 04 Año 2006

Biológico	Dosis	Fecha	Lote	Firma
Hepatitis B	1			
	2			
	3	07 06 23	226HBV007	Miguel R
	Ref.	5 años		
Tétano	1			
	2	07 06 23	220800 S22A	Miguel R
	3	07-08-24	1208004230	Paola V.
	4			
	5			
Hepatitis A+B	1			
	2			
	3			
DPT	1			
	☐			
Neumococo	1			
	☐			
Meningococo B-C	1			
	2			
Meningococo	Unica	07 06 23	U76STAJ	Miguel R
Triple Viral	1	CRUZ ROJA COLOMBIANA		
	☐	SECCIONAL - ATLÁNTICO		
Varicela	1			
	2			
Influenza	☐	07 06 23	X3A21	Miguel R
	☐	07-08-24	V3004	Paola V.
	☐			
Hepatitis A	1	07 06 23	AHACV111BB	Miguel
	2			
Fiebre Tifoidea		26 06 23	V2907	MR



CRUZ ROJA COLOMBIANA
SECCIONAL ATLÁNTICO

"Actuamos siempre bajo la luz de los principios y valores de la Institución"

CRUZ ROJA COLOMBIANA
CARNET DE VACUNACIÓN

SECCIONAL - ATLÁNTICO
0912

CALLE 65 Nº 34-33 PBX: (605)3695320
e-mail: enfermerajefe@cruzrojaatlantico.org
Servicio Habilitado por la Secretaría de Salud Resolución No. 0800122100

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: DANIEL ALFONSO

Apellidos: LOBORDE VILORIA

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

No. 1001939057

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 04 Año 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	Única	02-03-23	F Amarila	U31021	Mi Red	Ingrid	Franco
	1	02-03-23	H B'iera	VVX20003	Mi Red	Ingrid	Franco
				02-04-23			

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Daniel

Apellidos: Labarde.

Documento de identidad: C.C. / C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1001 93.905 7.

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	181225	0095N001A	SRN
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	181225	1505250047	SRN
	Anual			
Covid 19				
Otras				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: DANIEL ALFONSO

Apellidos: LABORDE VILORIA

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

No. 1 001 939 057

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 04 Año 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22 8 21	MODERNA	060ZCA	SANITAS	Katherine Barraza Quiroz AUX. DE ENFERMERIA C.C. 1.143.245.849 REG. 0060476	
20	2 DIC	2021	MODERNA	005 H2A	SAVIATECH	MARIA DIAGO	32663734

Resultado General -2026-07-16--6:06:27 PM

CC	1001939057	DANIEL	ALFONSO	LABORDE	VILORIA	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) DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA identificado(a) con CC 1001939057 registra La siguiente información:

2026-07-16--6:06:27 PM

Información Académica

UNV	**Local**	**ODONTOLOGIA**	**2024-02-02**	**22725**	**Colegio Colombiano de Odontologos**

Datos SSO

Exonerado del SSO	**Local**	**COLOMBIA|NO APLICA|**	**1900-01-01**	**1900-01-01**	**Sin Modalidad**	**Odontología**	**Colegio Colombiano de Odontologos**	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).

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.001.939.057**

LABORDE VILORIA

APELLIDOS

DANIEL ALFONSO

NOMBRES

Daniel Laborde

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ABR-2000**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-ABR-2018 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0300150-01085129-M-1001939057-20190718 **0066506624A 2** 9908844163

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO

C E R T I F I C A

Que el señor DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1001939057, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	DANIEL
Segundo Nombre:	ALFONSO
Primer Apellido:	LABORDE
Segundo Apellido:	VILORIA
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1001939057
Razón para el estado:	Inscripción
Estado del ciudadano:	En registro

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 16 días del mes de Julio de 2026, a las 11:04:05 AM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

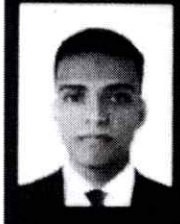
Generó: Sistema de Información de Reclutamiento

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

COLEGIO COLOMBIANO DE ODONTÓLOGOS

Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud



Daniel Alfonso Laborde Viloria

Odontologo

C.C. 1.001.939.057

Universidad Metropolitana
Barranquilla

Diploma: 15/12/2023
RETHUS: 02/02/2024

Esta tarjeta es un documento público y expide de acuerdo con **lo dispuesto** en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010
Es personal e intransferible.
Si esta tarjeta es encontrada **por** favor informar al Colegio Colombiano de Odontologo contactenos@colegiodecodontologos.org

CCO- 029042

Duvan Franco Mendoza
Representante Legal
Colegio Colombiano de Odontologos

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141214135050

(415)7707212489984(8020) 000014121413505 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 1 9 3 9 0 5 7	5	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 1 9 3 9 0 5 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LABORDE	VILORIA	DANIEL	ALFONSO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal
CL 84 B # 41 D - 159

42. Correo electrónico daniel.labordev3@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 6 2 6 1 5 1 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-10-09 / 04:45:54PM

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 LABORDE VILORIA DANIEL ALFONSO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DRA. LILIANA JUNCO LAMUS
MEDICO LABORAL

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 13/07/2026

Información paciente

Empresa:
Nombre completo: Daniel Alfonso Laborde Viloria
Responsable:
Cargo: Odontólogo
Edad: 26
Estado civil: Soltero
Teléfono: 3156609539
N.º hijos: 0
EPS: Sura

Empresa en misión:
Identificación: CC: 1001939057
Acompañante:
Fecha nacimiento: 03/04/2000
Género: Masculino
Escolaridad: Pregrado (Universitario)
Dirección: Carrera 112f bis #78-39
ARL:
AFP: Colpensiones



Exámenes analizados

- **Examen médico Ocupacional.**

Concepto de aptitud

Sin restricciones.

Anexo

Paciente con examen osteomuscular normal es Apto para la labor

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Dra. Liliana Junco Lamus
Medico Laboral
RM 1082/2005
Resolución 2729-2015

Liliana Junco Lamus
Profesión: Medico laboral
Registro: 2729/2015

Daniel L

Aspirante o trabajador
Daniel Alfonso Laborde Viloria
Identificación: CC: 1001939057

LA HISTORIA CLINICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCION 1918 DEL 2009

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **16/07/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DANIEL LABORDE VILORIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1001939057**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488446574342**
Fecha de apertura	**24/07/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-07-15 22:30

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANIEL	ALFONSO	LABORDE	VILORIA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1001939057

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	BARRANQUILLA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

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 SAN JOSE - ORTEGA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ORTEGA
Dirección	["CALLE 6 No. 3-25 ORTEGA TOLIMA"]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$20.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$20.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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 [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1001939057** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1001939057
NOMBRES Y APELLIDOS	DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	08/05/2026
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **16/07/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1001939057,** se encuentra afiliado/a desde **27/07/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de julio de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299518042

PIB
21:29:42

Bogotá DC, 15 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) DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1001939057:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 15 de julio de 2026, a las 21:33:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1001939057
Código de Verificación	1001939057260715213350

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:35:33 PM horas del 15/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1001939057**

Apellidos y Nombres: **LABORDE VILORIA DANIEL ALFONSO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/07/2026 09:38:12 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1001939057** y Nombre: **DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA.**

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. **143948359** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:47:51 horas del 15/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1001939057,** Apellidos y Nombres **LABORDE VILORIA DANIEL ALFONSO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA** , con NIT **890700967-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1001939057 **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 15/07/2026 10:00 PM

Código Verificación: **3T7H8WVJ2L**

Válida hasta: **14/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

DESARROLLO DE FUNCIÓN PÚBLICA CUMPLIMIENTO LEY 35 DE 1989

No. CERTIFICADO: TNEO2026-5706
Pág 1/1

LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

HACE CONSTAR:

Que la persona con No. de identificación 1001939057, NO REGISTRA ANTECEDENTES por violación del estatuto ético de la odontología (Ley 35 de 1989) dentro de los cinco (5) años anteriores, de acuerdo con los registros de antecedentes de la base de datos de los Tribunales de Ética Odontológica, según consulta realizada el día jueves, 16 de julio de 2026 a las 12:52

Esta constancia NO acredita la calidad de odontólogo ni la habilitación, que constituyen requisitos indispensables para el ejercicio de la odontología en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Ley 35 de 1989 y en la Resolución No. 3100 de 2019, respectivamente.

Esta constancia es válida siempre y cuando el número consignado en el respetivo documento de identificación coincida con el aquí registrado

La firma mecánica plasmada en este documento tiene plena validez para todos los efectos legales, según lo establecido en la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2150 de 1995.

EDDY MERCEDES TAPIAS ARENAS
Abogada Secretaria

Para verificar la validez de este certificado puede ingresar a la página
http://www.tribunaleticaodontologica.org/tribunalvalidezcertifica.aspx o escanee el código QR

Calle 71 No.11-10 Of 1102 Telefax: 2556752
www.tribunaleticaodontologica.org
Bogotá D.C. - Colombia

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1001939057
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS) (BASICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-02-02.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CERTIMEDICAS

CERTIMEDICAS

NIT:901732 310-8

CERTIFICA QUE:

DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA

Identificado(a) con cedula de ciudadania N°1001939057

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO ENHUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 29/03/2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifique Validez

SHEILA MORA

SHEILA MORA
GERENTE

2024

FELIPE VILLAFAÑE
REPRESENTANTE LEGAL

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1001939057
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-04-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

Daniel Alfonso Laborde Viloria

C.C. 1001939057

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: 2eb5b986-00cd-4869-9785-51a52a7af8f2

lunes 5 de agosto de 2024

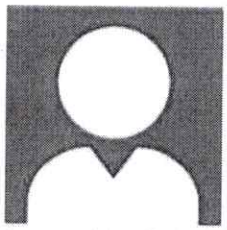
VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Esta constancia no constituye título de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud.

Bienvenido al menú principal



DANIEL ALFONSO LABORDE VILORIA

Rol seleccionado: Persona Natural

Mi Entidad Promotora de Salud: EPS SURA
Régimen contributivo - cotizante

ACTUALIZAR MI INFORMACIÓN DE CONTACTO

MI BUZÓN DE NOVEDADES

Funcionalidades destacadas

Actualización datos complementarios

Actualice sus datos complementarios

COMENZAR

Inclusión de beneficiarios

Agregue nuevos integrantes en su grupo familiar

COMENZAR

Afiliación al régimen

Lea atentamente las instrucciones

- Para visualizar sus opciones, escriba en "¿Qué está buscando?" el nombre de la novedad, registro o consulta que desea realizar. Si desconoce el título de lo que busca, también podrá digitar una palabra clave.
- Una vez aparezca el resultado de la búsqueda, tendrá a su disposición un video tutorial en la opción "Ver tutorial" o el manual de usuario en "Leer manual", estas ayudas le facilitarán tanto las consultas como los reportes de información que vaya a realizar en el sistema. Inicie el proceso en la opción "Comenzar"

¿Qué está buscando?

¿Qué está buscando?

Afiliación - Perfil: Afiliado

Mis intervenciones en salud

Consulte las atenciones que su EPS debe garantizarle de manera obligatoria para mantener su estado de salud

COMENZAR | VER TUTORIAL | LEER MANUAL

Afiliación - Perfil: Afiliado

Solicitud de afiliación al Sistema General de Pensiones

Permite registrar una solicitud de afiliación al Sistema General de Pensiones

COMENZAR | VER TUTORIAL | LEER MANUAL

Afiliación - Perfil: Afiliado

Mi relación de afiliaciones a Cesantías

Consulta el histórico de cesantías

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. NIVEL I
ORTEGA TOLIMA
NIT: 890.700.967-1

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

El (la) suscrito(a) Daniel Lobaco identificado con la cedula de ciudadanía No. 1007937057 expedida en Barranquilla, autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto No. 753 de 2019, al Hospital Santa José de Ortega E.S.E., identificada con el NIT 890.700.967-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Ortega, el día martes (28) de julio de 2026.

Firma: _____
Nombre: Daniel Lobaco
Cédula: 1007937057

CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES PARA CONTRATAR

El suscrito Daniel Lobo, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1007139057, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la constitución Política de Colombia, la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1437 de 2011, Ley 1474 de 2011, la Ley 1952 de 2019 y demás normas sobre la materia; así como las sanciones establecidas por transgresión a las misma en el artículo 09 del Estatuto de Contratación del Hospital San José de Ortega E.S.E.

2. Que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad y prohibición alguna para celebrar contratos con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

Sin perjuicio de lo anterior sírvase dar respuesta a las siguientes preguntas **(aplica para los representantes legales de una persona jurídica y para las personas naturales)**:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD	SI	NO
¿Ha participado en licitaciones, concursos o ha celebrado contratos con el Estado estando incurso en alguna inhabilidad?		X
¿Ha sido sancionado con la declaratoria de caducidad?		X
¿Ha sido sancionado mediante sentencia judicial a la pena de interdicción de derechos y funciones públicas o ha sido sancionado con la destitución?		X
¿Ostenta la calidad de servidor público?		X
¿soy el/la cónyuge, compañero o compañera permanente de servidor público en los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o de un miembro de la junta o consejo directivo, o de quien ejerza funciones de control interno o de control fiscal en el Hospital San José de Ortega E.S. E?		X
¿ Tiene vínculos de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad (Primer Grado- Padres e Hijos naturales, Segundo Grado- Abuelos, Nietos y Hermanos) , segundo de afinidad (Primer Grado- cónyuge, suegro/a (los padres de mi cónyuge), cónyuges de mis hijos/as (yernos y nueras), Cónyuge de mi padre, si no es mi madre- madrastra/ Cónyuge de mi madre, si no es mi padre- padrastro, Segundo Grado-Cónyuges de mis hermanos/as-cuñados, Abuelos/as de mi cónyuge, Cónyuges de mis nietos/as, hermanastros/as (entendiendo como hermanastro/al hijo/a del cónyuge de mi		X

Vigilado Supersalud

padre/madre con el que no comparto ningún lazo de sangre) o primero civil (Padre/madre adoptante, Hijo/a adoptado/a) con los servidores públicos de los niveles directivo, asesor ejecutivo o con los miembros de la junta o consejo directivo, o con las personas que ejerzan el control interno o fiscal del Hospital San José E.S.E ?		X
¿Ha sido declarado judicialmente responsable por la comisión de un delito, en contra de la Administración Pública o de cualquiera de los delitos y faltas que contempla la Ley 1474 de 2011, las demás normas que la modifican y reglamentan o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción ratificados por Colombia?		X
¿Ha financiado campañas de candidatos del nivel departamental, efectivamente elegidos, por montos superiores al 2% de las sumas máximas a invertir?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco, hasta del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún servidor público del Hospital San de Ortega E.S. E del nivel directivo, asesor, o con las personas que ejerzan el control interno o con algún miembro de su junta directiva?		X
¿En los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco en el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil, con alguna persona que, en los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X

De igual manera, autorizo expresamente al **Hospital San José de Ortega E.S.E**, para que consulte los listados, sistemas de información y bases de datos a los que haya lugar.

Con la firma del presente documento, me obligo a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos los proveedores, empleados, etc. y los recursos de éstos, no se encuentren relacionados o provengan, de actividades ilícitas **(sólo aplica en caso de obrar como representante legal de una persona jurídica**).

Adicionalmente manifiesto que mi persona a la firma del presente documento no he sido sancionado por cuestiones penales, fiscales y/o disciplinarias.

Declaro que a la fecha que **SI** ☐ **NO** ☐ tengo situación(es) que pueda(n) presentar un potencial **CONFLICTO DE INTERÉSES** para el ejercicio del cargo de conformidad con lo dispuesto en la Constitución política (artículo 122) Ley 734 de 2002 artículos 54, al 88; Ley 1437 de 2011 artículos 11 y 12; Código de Procedimiento Penal

Vigilado Supersalud

artículos 56,57,58 (adicionado por el artículo 83 Ley 1395 de 2010), 59 al 65 y demás normas concordantes y complementarias).

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de deudor o alimentario moroso en cumplimiento a la Ley 2097 de 2021 y Decreto Único Reglamentario 1310 de 2022, por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.[1]

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de condenados por delitos sexuales cometidos contra menores en cumplimiento a la Ley 1918 del 2018 por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de delitos sexuales contra menores emitido por la -POLICÍA NACIONAL.[2]

De igual manera, en caso de presentarse, durante la ejecución del contrato a celebrar con el Hospital San José de Ortega E.S.E, alguna inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, me comprometo a informar de manera **inmediata** al supervisor del contrato, quien a su vez informará al área de Contratación, con el fin de adelantar el análisis de la información en aras de mitigar los riesgos de continuar la ejecución del contrato en las situaciones mencionadas.

Por último, manifiesto que tanto el registro de datos e información, así como todos los documentos aportados para la suscripción del contrato, son auténticos, no han sido alterados y contienen información veraz.

Dado en el Municipio de Ortega Tolima, a los 28 dias del mes de julio

Daniel Salcedo
1007933057

Nombre completo y firma CC.
Representante Legal **(si aplica)**
Empresa y NIT. **(si aplica)**

Vigilado Supersalud

[1] Certificado generado a través del link www.redam.gov.co

[2] Certificado generado a través del link https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GE-FO-15
	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD		Versión: 01 Fecha: 04/11/2025

DATOS DEL FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDOS:	Daniel Salcedo
CEDULA:	1007139857
CARGO:	Odontologo
DIRECCION:	Calle 34 #47A-08
TELEFONO:	3156009538
CORREO ELECTRONICO:	daniel.salcedo1@gmail.com

CLAUSULAS

PRIMERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a no divulgar a terceros toda la información, que reciba por parte del Hospital San José de Ortega E.S.E. para el desarrollo de sus actividades y obligaciones contractuales, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información de su propiedad. Para efectos del presente acuerdo la información a que se refiere el presente acuerdo comprende toda la información divulgada por el Hospital San José de Ortega E.S.E. ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y/ intangible.

PARAGRAFO. El funcionario y/o contratista no podrá extraer información de las instalaciones del Hospital San José de Ortega E.S.E. sin autorización escrita y expresa del Gerente.

SEGUNDA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a mantener de manera confidencial la información que reciba del Hospital San José de Ortega E.S.E. y a no darla a conocer a terceros sin autorización escrita y expresa del Gerente, salvo en los casos establecidos en la ley.

TERCERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a utilizar la Información recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

CUARTA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se compromete a efectuar una adecuada custodia y reserva de la información y gestión -es decir tratamiento- de los datos suministrados por el Hospital San José de Ortega E.S.E. al interior de las redes y bases de datos (físicas y/o electrónicas) en donde se realice su recepción y tratamiento en general.

QUINTA. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA 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.

Vigilado Supersalud

SÉXTA. En caso de que el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente acuerdo éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al Hospital San José de Ortega E.S.E., sin perjuicio de las responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales que ellas conlleven.

SEPTIMA. La vigencia del presente acuerdo será indefinida y permanecerá vigente mientras exista relación contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E., incluido la etapa de liquidación del contrato.

Se suscribe en el municipio de Ortega Tolima, el marte (29) del mes de julio del año 2026

Firma:

Daniel Saboreda

C.C. No. 1[illegible] de Barranquilla.

Vigilado Supersalud

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo, Daniel Salcedo identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1007037057 expedida en Bogotá, 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 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Hospital San José de Ortega E.S.E, para que realice la 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 a Hospital San José de Ortega E.S.E a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico registrado por el suscrito en la plataforma SECOP II.

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.

Firma: _____
Nombre: Daniel Salcedo
Identificación: 1007037057
Fecha: 28-07-25 (Fecha en que se puso de presente al titular la autorización y entregó sus datos)

Vigilado Supersalud