

Puerto Carreño Vichada, 04 de Agosto del 2026.

GERENTE

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E

Asunto: Manifestación de Interés o Presentación de Propuesta para la Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión.

Cordial Saludo,

Por medio de la presente, quiero invitarla a la presentación de propuesta para la celebración de contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión como HIGIENISTA ORAL en el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E el cual tiene por obligaciones principales las siguientes:

1. Participar como Auxiliar en los procedimientos odontológicos a pacientes, personas, familias y grupos de la comunidad de acuerdo a la programación establecida por la E.S.E. y en lo relacionado con promoción y prevención.
2. Asistir al profesional en odontología en la realización de los procedimientos en salud oral brindando al paciente un eficiente servicio
3. Apoyar al odontólogo durante la atención de métodos y procedimientos de URGENCIAS ODONTOLÓGICAS a los usuarios que soliciten el servicio a la Empresa Social del Estado todos los días ordinarios.
4. Cumplir sus funciones con eficiencia, eficacia y efectividad para garantizar las normas de bioseguridad y de seguridad del paciente con calidad y cumpliendo con los protocolos, guías y formatos establecidos por la institución.
5. Dedicar la totalidad del tiempo reglamentario de trabajo al desempeño de las funciones encomendadas según cronograma de servicio previamente establecido y publicado en cartelera para los eventos calificados como urgencias.
6. Realizar la segregación y/o clasificación de los desechos peligrosos y no peligrosos en cumplimiento a la normatividad vigente.
7. Verificar los materiales odontológicos que se requieran en la atención diaria de los pacientes para ofrecer una buena atención a los mismos.
8. Mantener los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad en completo estado de asepsia cada vez que se atienda un usuario.
9. Mantener actualizados los formatos e inventarios a su cargo cuando le sean puesto a su disposición instrumental y equipos del Hospital.
10. Velar por el estado del consultorio y la higiene del mismo durante y después de la jornada de atención.
11. Apoyar la ejecución de actividades de Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en Salud Pública a nivel intra y extra mural.
12. Ingresar al sistema los resultados de las actividades de promoción y prevención realizadas.
13. Apoyar al profesional odontólogo a realizar la facturación de los procedimientos realizados de los pacientes que pertenecen al régimen subsidiado de la Nueva Eps con el fin de garantizar la facturación de todos los procedimientos realizados durante la consulta y que concuerde lo realizado con lo facturado.

14. Elaborar las historias clínicas y formatos que hacen parte de la atención integral del paciente de acuerdo con los tiempos y criterios establecidos en la normatividad vigente, con oportunidad y transparencia.
15. cumplir con las agendas concertadas según cuadro de turnos estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato
16. Participar en brigadas de salud y programas extramurales que se programen en la zona.
17. Tener disponibilidad para trasladarse fuera del área urbana del municipio de ejecución del contrato y del departamento de Vichada.
18. En el evento en que la entidad contratante requiera la prestación del servicio en lugar diferente al domicilio contractual, previa autorización del desplazamiento, se deberá entregar informe escrito de las actividades desarrolladas, con el fin de dar legalidad a los dineros entregados para el desarrollo de las funciones
19. Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por la supervisión, que estén relacionadas con la naturaleza y objeto del contrato
20. Realizar y/o participar en las capacitaciones programadas dentro de los planes institucionales en la vigencia 2026 que se encuentran dentro de su competencia entregando como soporte listas de asistencia, acta de capacitación y pretest con evidencia fotográfica. Tanto la asistencia como realización de las mismas son de carácter obligatorio y se tendrán en cuenta en la revisión de informes de actividades mensuales.

Que manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal, para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública para todos los efectos legales, certifico que los datos por mí anotados en la presente propuesta de prestación de servicios son veraces, (artículo 5o. de la ley 190/95). que he declarado únicamente la verdad en la información suministrada, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias jurídicas y de cualquier índole que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información o declaraciones contenidas en la presente propuesta.

Cordialmente,



EDILMA SILVA INOJOSA
CC.21.249.955 de PUERTO CARREÑO
CELULAR: 3172207397



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SILVA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) INOJOSA	NOMBRES EDILMA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 21249955	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 27 MES 11 AÑO 1977 PAÍS COLOMBIA DEPTO VICHADA MUNICIPIO LA PRIMAVERA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 20 21 51 CASA SAMPER PAÍS COLOMBIA DEPTO VICHADA MUNICIPIO PUERTO CARREÑO TELÉFONO 3172207397 EMAIL vanegas0408@hotmail.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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	10	AÑO	2015	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X		TECNICO EN SALUD ORAL	02	2013	

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA				MUNICIPIO PUERTO CARREÑO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 5654009				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	07	Mes	07	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL				DEPENDENCIA ÁREA DE ODONTOLOGIA				DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA				MUNICIPIO PUERTO CARREÑO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 5654009				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	05	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL				DEPENDENCIA ÁREA DE ODONTOLOGIA				DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	09	Mes	01	Año	2025	Día	30	Mes	04	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	11	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	11	Mes	07	Año	2024	Día	31	Mes	10	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	10	Mes	01	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	12	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	12	Mes	09	Año	2023	Día	30	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	07	Año	2023	Día	31	Mes	08	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18N 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	07	Mes	03	Año	2023	Día	30	Mes	06	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 N - 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	01	Año	2023	Día	28	Mes	02	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18N - 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
3172207397			Día	06	Mes	12	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 N 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	11	Año	2022	Día	30	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 N 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	08	Año	2022	Día	30	Mes	09	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	04	Año	2022	Día	31	Mes	07	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	03	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	12	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 N 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA		MUNICIPIO PUERTO CARREÑO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	11	Año	2021	Día	30	Mes	11	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ODONTOLOGIA						DIRECCIÓN Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA		MUNICIPIO PUERTO CARREÑO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 5654009		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	10	Año	2021	Día	31	Mes	10	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL		DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA						DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA		MUNICIPIO PUERTO CARREÑO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 5654009		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	08	Año	2021	Día	30	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL		DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA						DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA		MUNICIPIO PUERTO CARREÑO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 5654009		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	07	Año	2021	Día	31	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL		DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA						DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA		MUNICIPIO PUERTO CARREÑO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 5654009		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	05	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL		DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA						DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654006			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2021	Día	30	Mes	04	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2020	Día	30	Mes	11	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2020	Día	30	Mes	09	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2020	Día	31	Mes	07	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2020	Día	30	Mes	06	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2020	Día	30	Mes	04	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2020	Día	30	Mes	01	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2019	Día	31	Mes	10	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2019	Día	31	Mes	05	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2019	Día	31	Mes	03	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 B						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 85654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 b . la primavera						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2018	Día	31	Mes	10	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2018	Día	30	Mes	09	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	07	Año	2018	Día	31	Mes	08
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	06	Año	2018	Día	30	Mes	06
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	01	Año	2018	Día	31	Mes	05
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA				

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:	
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	6	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	9
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Puerto Carreño Vichada 31 de Julio del 2026

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

Tipo de declaración **INGRESO** Fecha de publicación **2026-07-24 10:47**

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EDILMA		SILVA	INOJOSA

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 21249955

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento VICHADA	Municipio LA PRIMAVERA	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento VICHADA	Municipio PUERTO CARREÑO	

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 JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento VICHADA	Municipio PUERTO CARREÑO
Dirección	["avenida orinoco N° 10-43"]	
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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	\$27.600.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$27.600.000,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$800.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☐ No ☒

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☐

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☒

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--

Ciudad y Fecha: **Puerto Carreño, 04 de Agosto del 2026**

Empresa: **Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño E.S.E**

Ref.: Certificación Decreto 1070 de 2013, Clasificación de Personas Naturales

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **EDILMA SILVA INOJOSA** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **21.249.955** expedida en **PUERTO CARREÑO VICHADA** para efecto de dar cumplimiento con el artículo 1 del decreto 1070 del 28 de mayo de 2013, certifico bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, **mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria**, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho periodo fiscal:
SI (X) NO ()
2. Mis ingresos en el año inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos en dicho periodo fiscal: **SI (X) NO ()**
3. Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: **SI () NO (X)**
4. Los ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior superaron los cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT. **SI () NO (X)**
5. En el año gravable inmediatamente anterior no desarrolle una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolle no generó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos totales.
SI () NO (X)
6. Durante el año gravable inmediatamente anterior no preste servicios técnicos que requieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos. **SI () NO (X)**

Cordialmente



EDILMA SILVA INOJOSA
CC: 21.249.955

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

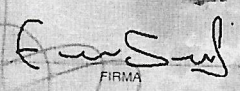
NUMERO 21.249.955

SILVA INOJOSA

APELLIDOS

EDILMA

NOMBRES


FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-1977

LA PRIMAVERA
(VICHADA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ S.F. GRUPO SANGUINEO

F SEXO

12-MAR-1996 PUERTO CARREÑO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A 7200100 00133063-F-002124955-20081202

0007430855A 1

8230000474



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL VICHADA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD**



RESOLUCION 1383 A

Por medio de la cual se confiere autorización para ejercer una profesión.

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL VICHADA (e)

En cumplimiento del Decreto número 1875 de agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto número 3134 de 1956, Resolución 274 de 2011.

CONSIDERANDO:

*Que, **EDILMA SILVA HINOJOSA**, identificada con la cédula No 21.249.955, solicita inscribir el título de **TECNICO EN SALUD ORAL**, título que le otorga **EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**, según Acta de Grado 1930003-21-02/2013*

RESUELVE:

***Artículo Primero:** Autorizar e inscribir a **EDILMA SILVA HINOJOSA**, identificada con la cédula No 21.249.955, como **TECNICO EN SALUD ORAL** en el departamento del Vichada.*

***Artículo segundo:** El mencionado profesional quedará inscrito en el Libro de Registros e Inscripciones de profesionales de la Secretaria Seccional de Salud del Vichada, en el Folio 305 de la Orden 27 del 25 de julio de 2013.*

***Artículo Tercero:** Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.*

Dada en Puerto Carreño, a los 25 días del mes de julio de 2013.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE


LUZ MYRIAM ESPEJO B.



Menú

Iniciar Sesión

Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

21249955

Primer Nombre

edilma

Primer Apellido

silva

Confirme los números de la Imagen *





Cambiar

9053

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-07-14→11:24:20 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	21249955	EDILMA	NONE	SILVA	HINOJOSA	Vigente

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) EDILMA NONE SILVA HINOJOSA identificado(a) con CC 21249955 registra La siguiente información:

2026-07-14→11:24:20 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
TCP	Local	Técnica profesional en salud oral	2013-07-25	1383	DTS DEPARTAMENTO DE VICHADA

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).

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)





Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

EDILMA SILVA INOJOSA

Con Cedula de Ciudadania No. 21.249.955

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

**TÉCNICO EN
SALUD ORAL**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Puerto Carreño,
a los veintiun (21) días del mes de febrero de dos mil trece (2013)*

Firmado Digitalmente por
CARLOS ARNULFO VELASQUEZ PEREZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

CARLOS ARNULFO VELASQUEZ PEREZ

SUBDIRECTOR CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

21/02/2013

FECHA REGISTRO



REGIONAL VICHADA
CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA
ORINOQUIA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 1930003 - 21/02/2013

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: EDILMA SILVA INOJOSA, Con Cedula de Ciudadania No. 21.249.955

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE
OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN SALUD ORAL

En constancia de lo anterior se firma la presente en Puerto Carreño, a los veintiun (21) días del mes de febrero de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
CARLOS ARNULFO VELASQUEZ PEREZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

CARLOS ARNULFO VELASQUEZ PEREZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA



República de Colombia

Departamento del Meta

y el

COLEGIO PETRO SCHOOL

Trabajo y Constancia

Resolución 0665 Aprobada por la Secretaría de Educación de Villavicencio

Confiere a:

Edilma Silva Inojosa

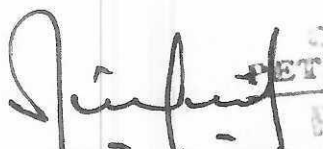
Identificado(a) con la T. I. o C. C. No. 21.249.955

El Título de:

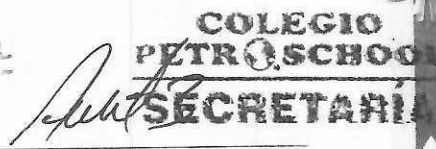
Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según planes y programas vigentes en el P.E.I.




Rector

COLEGIO
PETRO SCHOOL
RECTOR


Secretaria General

COLEGIO
PETRO SCHOOL
SECRETARIA



Acta Individual de Grado



COLEGIO PETRO SCHOOL

Trabajo y Constancia

Resolución 0665 Aprobada por la Secretaría de Educación de Villavicencio

En la ciudad de Villavicencio Departamento del Meta a los Veintitres (23) días del mes de Octubre del año 2015, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado de Educación Formal de Jóvenes y Adultos, El Suscrito Rector y Secretaría General del **COLEGIO PETRO SCHOOL**; plantel reconocido en el nivel de ciclos lectivos integrados, emanada por la Secretaría de Educación del Municipio de Villavicencio, según Resolución No. 0665 del 20 de febrero de 2014, para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO. Siendo así que comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, es entonces que se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

EDILMA SILVA INOJOSA

C.C. No. 21.249.955

Es fiel copia tomada del Acta Original No. 009 a los Veintitres (23) días del mes de Octubre del año 2015. La cual consta de Doscientos noventa (290) estudiantes iniciando con el nombre de ADRIAN LEONARDO HERNANDEZ GONZALEZ y se cierra con el nombre de ZULY DAYANA GODOY SIBO.

Firmada por Fernando González Peralta actuando en calidad de Rector y Alejandra Abril Baquero como Secretaria General.

Dada en la ciudad de Villavicencio, departamento del Meta, a los Veintitres (23) días del mes de Octubre del año 2015.

El Diploma y el Acta de Grado se entregan sin enmendaduras ni tachones y están exentos de Registro en la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1999, expedido por el Ministerio de Educación Nacional.


Rector

COLEGIO
PETRO SCHOOL
RECTOR


Secretaría General

COLEGIO
PETRO SCHOOL
SECRETARIA



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

EDILMA SILVA INOJOSA

Con Cedula de Ciudadania No. 21.249.955

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION Y SERVICIO AL CLIENTE.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Puerto Carreño, a los doce (12) días del mes de diciembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
CARLOS ARNULFO VELASQUEZ PEREZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

CARLOS ARNULFO VELASQUEZ PEREZ

SUBDIRECTOR

CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

25732169 - 12/12/2014

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 953100897445CC21249955C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

EDILMA SILVA INOJOSA

Con Cedula de Ciudadania No. 21.249.955

Cursó y aprobó la acción de Formación

PRIMEROS AUXILIOS.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Puerto Carreño, a los treinta (30) días del mes de octubre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
BERTHA LUCIA RAMIREZ PARRA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

Bertha Lucia Ramirez Parra

Subdirector de Centro

CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

40098240 - 30/10/2016

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9531001306857CC21249955C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

EDILMA SILVA INOJOSA

Con Cedula de Ciudadania No. 21.249.955

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Puerto Carreño, a los veintinueve (29) días del mes de noviembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
CARLOS ARNULFO VELASQUEZ PEREZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
- COLOMBIA

CARLOS ARNULFO VELASQUEZ PEREZ

Subdirector

CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

41054042 - 29/11/2016

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9531001339953CC21249955C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que
EDILMA SILVA INOJOSA
Con Cedula de Ciudadania No. 21249955

Cursó y aprobó la acción de Formación
PROTECCION RADIOLOGICA
con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Puerto Carreño, a los veintisiete (27) días del mes de junio de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
EDGAR URIEL VELASCO GONZALEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

EDGAR URIEL VELASCO GONZALEZ

Subdirector

CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

60885472 - 27/06/2019

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9531001914957CC21249955C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

EDILMA SILVA INOJOSA

Con Cedula de Ciudadania No. 21249955

Cursó y aprobó la acción de Formación

FACTURACION DE LOS SERVICIOS EN SALUD

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Puerto Carreño, a los cuatro (4) días del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

OSCAR EDUARDO DAZA JOAQUÍN

Subdirector

CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

79750055 - 04/11/2021

FECHA REGISTRO



Consta que

EDILMA SILVA INOJOSA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No 21249955 PUERTO CARREÑO

Participó satisfactoriamente en el Curso

**Seguridad del Paciente y
Prevención de los Eventos adversos
Relacionados con el Cuidado**

Realizado en Puerto Carreño

De Septiembre 12 a Septiembre 18 de 2017

Intensidad: 20 Horas

Constancia Registrada con el No.

GDS10170918 - 8



Lic. Gina Donado De la Ossa
Enfermera GD Cuidarte
Coordinadora Jornada
Educativa para Enfermería

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

EDILMA SILVA INOJOSA

C.C 21.249.955

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 31 de marzo 2026



Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761614840000

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

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

EDILMA SILVA INOJOSA

C.C 21.249.955

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

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 31 de marzo 2026



Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761614840206

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

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

EDILMA SILVA INOJOSA

C.C 21.249.955

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 31 de marzo 2026



Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7616148403161

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



Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

EDILMA SILVA INOJOSA

C.C 21.249.955

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 31 de marzo 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público



Código: 761627110000



HOSPITAL DEPARTAMENTAL

SAN JUAN DE DIOS E.S.E.

Puerto Carreño - Vichada

NIT: 842.000.004 - 4

EL JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.

CERTIFICA QUE:

Revisando los libros radicadores del área de contratación y el respectivo expediente contractual se pudo constatar que: **EDILMA SILVA INOJOSA**, identificada con la cédula de ciudadanía N° **21.249.955** suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño-Vichada, los siguientes contratos:

Objeto del Contrato: *PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO HIGIENISTA ORAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.*

Año 2025

- Contrato de Prestación de Servicios No.**0175** del 09 de enero
Ejecución del contrato: desde el 09 de enero hasta el 30 de abril
Dos meses de adición: desde el 01 de mayo al 30 de junio
- Contrato de Prestación de Servicios No.**1471** del mes de julio
Ejecución del contrato: desde el 07 de julio hasta el 31 de diciembre

Año 2024

- Contrato de Prestación de Servicios No.**220** del 10 de enero
Ejecución del contrato: desde el 10 de enero hasta el 30 de abril
- Contrato de Prestación de Servicios No.**1442** del 11 de julio
Ejecución del contrato: desde el 11 de julio hasta el 31 de octubre
Dos meses de adición: desde el 01 de noviembre al 31 de diciembre

Año 2023

- Contrato de Prestación de Servicios No.**111** del 05 de enero
Ejecución del contrato: desde el 05 de enero hasta el 28 de febrero



- Contrato de Prestación de Servicios No. **853** del mes de marzo
Ejecución del contrato: desde el 07 de marzo al 30 de junio
- Contrato de Prestación de Servicios No. **1283** del mes de julio
Ejecución del contrato: desde el 10 de julio al 31 de agosto
- Contrato de Prestación de Servicios No. **1890** del mes de septiembre
Ejecución del contrato: desde el 12 de septiembre al 30 de noviembre
1 mes de adición: desde el 01 de diciembre al 31 de diciembre

Año 2022

- Contrato de Prestación de Servicios No. **226** del 1 de enero
Ejecución del contrato: desde el 01 de enero hasta el 31 de marzo
- Contrato de Prestación de Servicios No. **745** del mes de abril
Ejecución del contrato: desde el 01 de abril al 31 de julio
2 meses de adición al contrato: desde el 01 de agosto al 30 de septiembre
- Contrato de Prestación de Servicios No. **1715** del mes de noviembre
Ejecución del contrato: desde el 02 de noviembre al 30 de noviembre
- Contrato de Prestación de Servicios No. **2126** del mes de diciembre
Ejecución del contrato: desde el 06 de diciembre al 31 de diciembre

Año 2021

- Contrato de Prestación de Servicios No. **76** del 01 de enero
Plazo de Ejecución: del 1 de enero al 30 de abril
Adicional de 2 meses: del 1 de mayo al 30 de junio
- Contrato de Prestación de Servicios No. **890** del 01 de Julio
Plazo de Ejecución: del 01 al 31 de julio
- Contrato de Prestación de Servicios No. **1272** del 01 de agosto



Plazo de Ejecución: del 01 de agosto al 30 de septiembre
1 mes de Adición: desde el 01 al 31 de octubre

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1746** del 01 de noviembre
Plazo de Ejecución: del 01 al 30 de noviembre
- Contrato de Prestación de Servicios No. **2062** del 01 de diciembre
Plazo de Ejecución: del 01 al 31 de diciembre

Año 2020

- Contrato de Prestación de Servicios No. **114** del 01 de enero
Plazo de Ejecución: del 1 al 30 de enero

Contrato de Prestación de Servicios No. **292** del 01 de febrero
Plazo de Ejecución: del 01 de febrero al 30 de abril
- Contrato de Prestación de Servicios No. **562** del 01 de mayo
Plazo de Ejecución: del 01 de mayo al 30 de junio
Adicional de 1 mes: del 1 al 31 de julio
- Contrato de Prestación de Servicios No. **1060** del 01 de agosto
Plazo de Ejecución: del 01 de agosto al 30 de septiembre
- Contrato de Prestación de Servicios No. **1404** del 01 de octubre
Plazo de Ejecución: del 1 de octubre al 30 de noviembre
1 mes de Adición: desde el 01 al 31 de diciembre

Año 2019

- Contrato de Prestación de Servicios No. **138** del mes de enero
Plazo de Ejecución: del 01 de enero al 31 de marzo
- Contrato de Prestación de Servicios No. **564** del mes de abril
Plazo de Ejecución: del 01 de abril al 31 de mayo
- Contrato de Prestación de Servicios No. **873** del 1 de junio
Plazo de Ejecución: del 01 de junio al 31 de octubre
Adicional de 2 meses: del 1 de noviembre al 31 de diciembre



Año 2018

- Contrato de Prestación de Servicios No. **113** del mes de enero
Plazo de Ejecución: del 01 de enero al 31 de mayo
Adicional de 1 mes: del 1 al de junio
- Contrato de Prestación de Servicios No. **489** del mes de julio
Plazo de Ejecución: del 01 de julio al 31 de agosto
- Contrato de Prestación de Servicios No **803** del 1 de septiembre
Plazo de Ejecución: del 1 al 31 de septiembre
- Contrato de Prestación de Servicios No **984** del 1 de octubre
Plazo de Ejecución: del 1 al 31 de octubre
- Contrato de Prestación de Servicios No **1185** del 1 de noviembre
Plazo de Ejecución: del 1 de noviembre al 31 de diciembre

Año 2017

- Contrato de Prestación de Servicios No. 109 del mes de enero
- Contrato de Prestación de Servicios No. 384 del mes de marzo
- Contrato de Prestación de Servicios No. 632 del mes de mayo
- Contrato de Prestación de Servicios No. 924 del mes de Julio.
- Contrato de Prestación de Servicios No. 1159 del mes de agosto
- Contrato de Prestación de Servicios No. 1393 del mes de septiembre
- Contrato de Prestación de Servicios No. 1689 del mes de noviembre
- Contrato de Prestación de Servicios No. 1898 del mes de diciembre
- Contrato de Prestación de Servicios No. 1957 del mes de diciembre

Año 2016

- Contrato de Prestación de Servicios No. 064 del mes de enero
- Contrato de Prestación de Servicios No. 193 del mes de marzo
- Contrato de Prestación de Servicios No. 331 del mes de junio
- Contrato de Prestación de Servicios No. 472 del mes de septiembre
- Contrato de Prestación de Servicios No. 552 del mes de septiembre
- Contrato de Prestación de Servicios No. 629 del mes de octubre



- Contrato de Prestación de Servicios No.715 del mes de noviembre
- Contrato de Prestación de Servicios No.925 del mes de diciembre

Año 2015

- Contrato de Prestación de Servicios No.058 del mes de enero
- Contrato de Prestación de Servicios No.199 del mes de mayo
- Contrato de Prestación de Servicios No.327 del mes de Julio
- Contrato de Prestación de Servicios No.421 del mes de agosto
- Contrato de Prestación de Servicios No.542 del mes de septiembre
- Contrato de Prestación de Servicios No.609 del mes de noviembre

Año 2014

- Contrato de Prestación de Servicios No.162 del mes de Julio

Año 2013

- Contrato de Prestación de Servicios No.244 del mes de Julio

Que en cumplimiento del objeto de los contratos antes relacionados **EDILMA SILVA INOJOSA**, cumple las siguientes actividades específicas:

1. Participar como Auxiliar en los procedimientos odontológicos a pacientes, personas, familias y grupos de la comunidad de acuerdo a la programación establecida por la E.S.E. y en lo relacionado con promoción y prevención.
2. Asistir al profesional en odontología en la realización de los procedimientos en salud oral brindando al paciente un eficiente servicio
3. Apoyar al odontólogo durante la atención de métodos y procedimientos de URGENCIAS ODONTOLOGICAS a los usuarios que soliciten el servicio a la Empresa Social del Estado todos los días ordinarios,
4. Cumplir sus funciones con eficiencia, eficacia y efectividad para garantizar las normas de bioseguridad y de seguridad del paciente con calidad y cumpliendo con los protocolos, guías y formatos establecidos por la institución.



5. Dedicar la totalidad del tiempo reglamentario de trabajo al desempeño de las funciones encomendadas según cronograma de servicio previamente establecido y publicado en cartelera para los eventos calificados como urgencias
6. Realizar la segregación y clasificación de los desechos peligrosos y no peligrosos en cumplimiento a la normatividad vigente.
7. Verificar los materiales odontológicos que se requieran en la atención diaria de los pacientes para ofrecer una buena atención a los mismos.
8. Mantener los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad en completo estado de asepsia cada vez que se atienda un usuario.
9. Mantener actualizados los formatos e inventarios a su cargo cuando le sean puesto a su disposición instrumental y equipos del Hospital.
10. Velar por el estado del consultorio y la higiene del mismo durante y después de la jornada de atención.
11. Apoyar la ejecución de actividades de Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en Salud Pública a nivel intra y extra mural
12. Ingresar al sistema los resultados de las actividades de promoción y prevención realizadas
13. Apoyar al profesional odontólogo a realizar la facturación de los procedimientos realizados de los pacientes que pertenecen al régimen subsidiado de la Nueva Eps con el fin de garantizar la facturación de todos los procedimientos rechazados durante la consulta y que concuerde lo realizado con lo facturado.
14. Cumplir con diligencia, eficiencia e imparcialidad al servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o perturbación de lo que implique abuso o ejercicio indebido del cargo.

La presente certificación se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 28 días del mes de noviembre del 2025, a solicitud de la interesada.


OSCAR DANIEL CORTES CARDONA
JEFE OFICINA JURÍDICA DE LA E.S.E

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 14763749275			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 21249955		6. DV 5		12. Dirección seccional Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Carreño	
				14. Buzón electrónico 42	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de Identificación 21249955	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 169		29. Departamento Vichada 99		30. Ciudad/Municipio Puerto Carreño 001	
31. Primer apellido SILVA		32. Segundo apellido INOJOSA		33. Primer nombre EDILMA	
34. Otros nombres					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 169		39. Departamento Vichada 99		40. Ciudad/Municipio Puerto Carreño 001	
41. Dirección principal CL 20 50 21 BRR SAMPER					
42. Correo electrónico edilmasilvahinojosa@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3172207397		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8622		47. Fecha inicio actividad 20140725		48. Código	
				49. Fecha inicio actividad	
				50. Código 12	
				51. Código 3222	
				52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 20					
20- Obtención NIT					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
61. Fecha 2021-06-10 / 05:10:56PM					
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 SILVA INOJOSA EDILMA					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					



NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

Póliza
CERTIFICADO
REFERENCIA PAGO
ELECTRONICO
802096545
RM42593
0900429874
DD MM AAAA

UBICACION: VILLAVICENCIO

USUARIO: CBROCHERO.EXT

TIPO CERTIFICADO: Nueva producción

FECHA EXPEDICION: 04 08 2026

TOMADOR	EDILMA SILVA INOJOSA	C.C. O NIT:	21249955	5
DIRECCIÓN:	CL 20 21 51 BRR SAMPER	CIUDAD:	PUERTO CARREÑO	
E-MAIL:	EDILMASILVAHINOJOSA@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3172267397	
ASEGURADO:	EDILMA SILVA INOJOSA	C.C. O NIT:	21249955	
DIRECCIÓN:	CL 20 21 51 BRR SAMPER	CIUDAD:	PUERTO CARREÑO	TEL. 3172267397
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	C.C. O NIT:	0000000000	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TEL.

VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD	MM	AAAA	DE	DD	MM	AAAA
04	08	2026	DESDE	04	08	2027
				ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
						90,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	BROCHERO TORRES, CONSUELO					PRIMA NETA	PESOS	88,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	16,720.00
						TOTAL		104,720.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE		
	Desde	Hasta				%	Mínimo	Hr
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	04-08-2026	04-08-2027	90,000,000.00	90,000,000.00	88,000.00	10	2,500,000.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	04-08-2026	04-08-2027	18,000,000.00	18,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	04-08-2026	04-08-2027	18,000,000.00	18,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	04-08-2026	04-08-2027	18,000,000.00	18,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	04-08-2026	04-08-2027	18,000,000.00	18,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUEDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESIONAL: TECNICO EN SALUD ORAL

SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUEDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y PARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARÓ DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-RÉGIMEN COMÚN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-0001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMLPCM04

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SLI-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFCINA EXPEDIDORA

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Pto 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Fecha de Impresión: Tue, 4 Aug 2026 11:37:07



PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

PÓLIZA
CERTIFICADO
REFERENCIA PAGO
ELECTRONICO

Página 2 / 2
802096545
RM42593
0900429874
DD MM AAAA

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: VILLAVICENCIO

USUARIO: CBROCHERO.EXT

TIPO CERTIFICADO: Nueva producción

FECHA EXPEDICION: 04 08 2026

TOMADOR		EDILMA SILVA INOJOSA		C.C. O NIT: 21249955		5	
DIRECCIÓN:		CL 20 21 51 BRR SAMPER		CIUDAD:		PUERTO CARREÑO	
E-MAIL:		EDILMASTILVAHINOJASA@GMAIL.COM		TELÉFONO:		3172267397	
ASEGURADO:		EDILMA SILVA INOJOSA		C.C. O NIT:		21249955	
DIRECCIÓN:		CL 20 21 51 BRR SAMPER		CIUDAD:		PUERTO CARREÑO TEL. 3172267397	
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS		C.C. O NIT:		0000000000	
DIRECCIÓN:				CIUDAD:		TEL.	
VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS			
DESDE DD MM AAAA		HASTA DD MM AAAA		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN	
04 08 2026		04 08 2027				NUEVA	
						90,000,000.00	
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA
100.00	BROCHERO TORRES, CONSUELO					PRIMA NETA	PESOS
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS
						IVA	PESOS
						TOTAL	VALORES
							88,000.00
							0.00
							16,720.00
							104,720.00

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY, CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS. ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: 1) TOMADOR Y/O, 2) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME AL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-00-09-04-RCME-0001 NOTA TÉCNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMLP/CM/04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR



(415)7709998911901(8020)0900429874

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.598

COMPANÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFCINA EXPEDIDORA

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Fecha de Impresión:

Tue, 4 Aug 2026 11:37:07

**CONFIANZA****Swiss Re**

Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico:

0900429874

Nit: 21249955 DV: 5

Tomador: EDILMA SILVA INOJOSA

Póliza: 802096545

Certificado: RM42593

UBICACION: VILLAVICENCIO

Valor Póliza:\$ 104,720

FECHA DE

DD	MM	AAAA
----	----	------

Canales de Pago:

- PSE en nuestra página web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Surtimax

Olimpica

Movilred

Grupo Gelsa

Corresponsal Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Copidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full recarga

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
☐			
			CHEQUES \$
			EFFECTIVO \$
			(*) TOTAL



(415)7709998911901(8020)0900429874

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- CLIENTE -Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co**CONFIANZA****Swiss Re**

Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico:

0900429874

Nit: 21249955 DV: 5

Tomador: EDILMA SILVA INOJOSA

Póliza: 802096545

Certificado: RM42593

UBICACION: VILLAVICENCIO

Valor Póliza:\$ 104,720

FECHA DE

DD	MM	AAAA
----	----	------

Canales de Pago:

- PSE en nuestra página web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Surtimax

Olimpica

Movilred

Grupo Gelsa

Corresponsal Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Copidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full recarga

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
☐			
			CHEQUES \$
			EFFECTIVO \$
			(*) TOTAL



(415)7709998911901(8020)0900429874

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- BANCO -Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.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 21:07:28 horas del 16/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **21249955**,
Apellidos y Nombres **SILVA INOJOSA EDILMA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS**, con NIT **842000004-4** 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



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

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

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

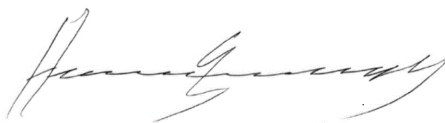
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 16 de julio de 2026, a las 21:13:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	21249955
Código de Verificación	21249955260716211325

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299586308



PIB
21:11:32
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 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) EDILMA SILVA INOJOSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 21249955:

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:15:14 PM horas del 16/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **21249955**

Apellidos y Nombres: **SILVA INOJOSA EDILMA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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





Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.





Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/07/2026 09:17:03 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **21249955** y Nombre: **EDILMA SILVA INOJOSA.**

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. **144039149** . 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

Información

515 9000

**Dios y
Patria**

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

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA****GOV.CO**



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 21249955 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 16/07/2026 08:59 PM



Código Verificación: **5824PRY6U7**

Válida hasta: **15/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) EDILMA SILVA INOJOSA identificado(a) con CC 21249955 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/07/2013

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 16 días del mes 7 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

EDILMA SILVA INOJOSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **21.249.955**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Julio del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.



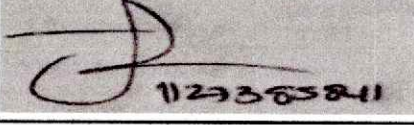
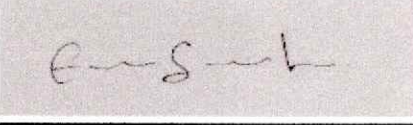
Dra. Jazmin Rodriguez
Medicina general
Especialidad en Seguridad y Salud en el Trabajo
NIT 1127385841-1

Dirección: Cra. 7 No. 19-78 Arroyo Bueno
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel: 320 832 1295
E-mail: gisela.rodriguez22@gmail.com



N° 1.670

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
19 DÍA	12 MES	2025 AÑO	PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA)	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS		
CIIU (Actividad Económica) del empleador:					
8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA.					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
Apellidos y Nombres		Género	Edad	Documento de Identificación	
SILVA INOJOSA EDILMA		FEMENINO	48 AÑOS 0 MESES 22 DÍAS	CC	21249955
Carga				Tipo	Número
HIGIENISTA ORAL.					
EPS		AFP		ARL	
NUEVA EPS		PORVENIR		POSITIVA	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO					
Observaciones: NO APLICA					
N/A		NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL		✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP : SEGUN EL AREA Y CARGO		HÁBITOS SALUDABLES	
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
		CAPACITACIÓN : ADAPTADO A SUS RIESGOS LABORALES		DIETA BALANCEADA	
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
					
Firma:			Firma:		
Nombre: CC: 1127385841 - GISELA RODRIGUEZ			Nombre: SILVA INOJOSA EDILMA		
R. M.: 1127385841 L.S.O.: 006-022024			CC: 21249955		



Código de Seguridad
D1573J1P1670

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

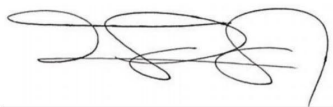
Que nuestro(a) cliente EDILMA SILVA INOJOSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 21,249,955 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 735003182 aperturada el 12 de noviembre de 2025 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 16 de julio de 2026.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0735003182
Cuenta de 16 dígitos:	0735000200003182
Cuenta de 20 dígitos:	00130735000200003182

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

Puerto Carreño Vichada, 04 de Agosto del 2026

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN

Yo, **EDILMA SILVA INOJOSA**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No **21.249.955** expedida en la ciudad de Primavera Vichada, en plenas facultades mentales, y capacidad legal, con la firma del presente documento, me obligo a no utilizar para mi conveniencia o la de un tercero, ningún tipo de información que sea obtenida durante el desempeño de mis labores o fuera de ellas, en nombre del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E mediante la plataforma XENCO.

De igual forma, me comprometo a no suministrar a ninguna persona natural o jurídica de manera verbal, escrita o de cualquier otra manera, ya sea directa o indirectamente, ninguna clase de información o datos sobre procesos que se manejen en la plataforma XENCO, sin previa autorización del supervisor o por un requerimiento legal que sea dirigido directamente al Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E, de alguno de los siguientes módulos:

- Contabilidad, Inventarios, Cartera, Tesorería, Presupuesto, Nomina, Activos Fijos, Costos, Gestión Hospitalaria (facturación), Historias Clínicas, Glosas, Laboratorio Clínico, Diseñador de plantillas y Administrador de aplicativos y en general cualquier información que revista grado de confidencialidad.

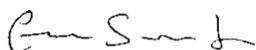
Esta información, deberá ser resguardada, debiendo tomar todas las medidas de seguridad necesarias para impedir el acceso no autorizado al usuario asignado en la plataforma XENCO por otros funcionarios o terceros.

De otro lado, me comprometo a dar el debido uso del usuario y contraseña que me sean asignados para la realización de las actividades contractuales a través de la plataforma XENCO, por lo tanto, me hago responsable ante la utilización indebida de dicha información, así como no suministrarla a terceros, por tratarse de un perfil de carácter personal e intransferible, a su vez, una vez finalice el vínculo contractual procederé a solicitar el respectivo paz y salvo con la oficina de Tics del Hospital a efectos de la desvinculación de la plataforma.

Con lo dicho anteriormente, quedo sujeto a la responsabilidad civil, penal y administrativa, por los daños y perjuicios que pudiera causar, así como las distintas sanciones en las que pudiera incurrir, con ocasión al incumplimiento de las conductas descritas en párrafos anteriores, así como cualquier otra conducta que afecte el debido uso del software institucional y exonero de todo tipo de responsabilidad al Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.

Este acuerdo de confidencialidad no tendrá limite en el tiempo, por lo tanto, reconozco que en ningún momento divulgaré la información que conozca con ocasión a la ejecución del contrato, a su vez, no descargaré ni me apropiaré de ningún documento que sea generado con ocasión al cumplimiento del contrato.

Atentamente,



C.C. 21.249.955

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Liseth Vanessa Guarín Montoya	Oscar Daniel Cortes Cardona	Álvaro Alberto Cardozo Castro
Abogada Contratista	Jefe Oficina Jurídica	Gerente

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. Puerto Carreño - Vichada	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS GESTION DEL TALENTO HUMANO AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión 01 Código GTH-FT-86 Fecha: 30/06/2026 Página 1 de 1
--	--	--

Autorización para el tratamiento de datos personales
Contratación de prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión

Yo, **EDILMA SILVA INIJOSA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **21.249.955** expedida en **PUERTO CARREÑO VICHADA**, 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 Departamento Administrativo de la Función Pública, 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 prestación de servicios de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Departamento Administrativo de la Función Pública a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar una vez inicié la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. 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: **EDILMA SILVA INIJOSA**

Identificación: **21.249.955**

Fecha: **04 de Agosto del 2026**



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

EDILMA SILVA INOJOSA identificado con CC. 21249955 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS
Tipo y Numero de Documento	NI - 842000004

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/07/01	Fecha inicio contrato	2026/07/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/08/01
Riesgo	3	Código actividad económica	3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/08/01	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de julio del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC23072026N21249955A20229579**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de





HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - VICHADA

PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO

CURSOS COMPLEMENTARIOS ÁREA ASISTENCIAL

ODONTÓLOGOS-HIGIENISTA

Versión: 5

Código: GTH-FT-64

Fechas: 27/08/2025

Nombre del Postulante:EDILMA SILVA INOJOSA

Identificación:Tipo Documento:CCNº. Documento:21.249.955

Profesión / Oficio:HIGIENISTA ORAL

Correo Electrónico:vanegas0408@hotmail.com

Cargo Al Que Se Postula:HIGIENISTA ORAL

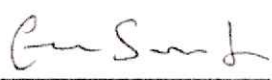
Contacto:3.172.207.397

Municipio:Pto. Carreño

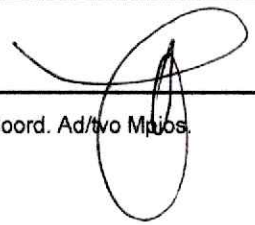
Fecha:31/07/2026

Área:Asistencial

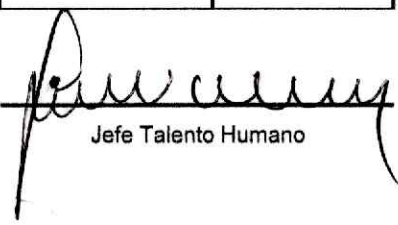
No.	DETALLE	QUIEN REGULA	VERI.
1	CURSO MISIÓN MEDICA	Res. 4481 de 2012/ Res. 332 de 2022 Secretaría de Salud V.	
2	CERTIFICADO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	resolucion 3100 de2019	
3	ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS	resolucion 3100 de2019	
4	CURSO SEGURIDAD DEL PACIENTE	Política seguridad del paciente Institucional	
5	CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD	Política Humanización Institucional	
6	RADIOPROTECCION	Decreto 3100 de2019	
7	CURSO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS HOSPITALARIAS (HIGIENISTAS)	Decreto 3100 de2019	
8	DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE-OPS	SDV- Ministerio de Salud	
VACUNAS			
1	COVID 19		
2	FIEBRE AMARILLA		
3	TOXOIDE TETANICO		
4	HEPATITIS B		
5	INFLUENZA		



Firma Postulante



Coord. Ad/vo Mios



Jefe Talento Humano



CERTIFICADO

Hace constar que:

Edilma Silva Hinojosa

Con documento de identidad CC: 21249955

Cursó y aprobó:

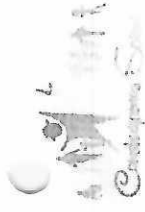
MISIÓN MÉDICA

Puerto Carreño / Vichada

11 de agosto 2023

PAULA ANOREA ZULETA T.
Multiplicadora Misión Médica





EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.

Certifica que:

EDILMA SILVA INOJOSA

Identificada con la cedula de ciudadanía No 21.249.955

Participó de la:

CAPACITACIÓN PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD E INCLUSIÓN DEL ENFOQUE PSICOSOCIAL PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUAL

Realizada en la ciudad de Puerto Carreño Vichada, los días, 03 y 04 de Diciembre de 2018.

Felipe Parra Benavides
Profesional capacitador

Sandra Milena Díaz Fernández
Secretaria Departamental de Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica
Edilma Silva Inojosa
CC 21249955 de PUERTO CARREÑO

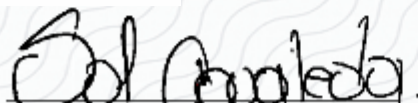
Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019
con un total de 48 Horas.

Verificación:

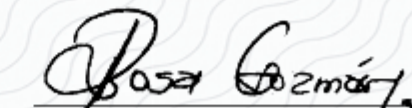


Fecha de emisión: 2024-11-20
Fecha de vencimiento: 2026-11-20

 FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co


ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA



FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

EDILMA SILVA INOJOSA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 21249955

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

SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)(CURSO BASICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-23.

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.

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

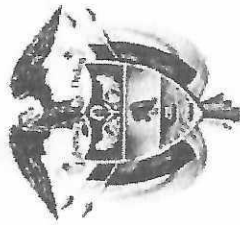
GERENTE GENERAL
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



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



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

EDILMA SILVA INOJOSA

Con Cedula de Ciudadania No. 21249955

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Puerto Carreño, a los veinticuatro (24) días del mes de octubre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por

CARLOS ARNULFO VELASQUEZ PEREZ

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

CARLOS ARNULFO VELASQUEZ PEREZ

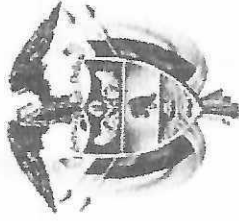
Subdirector

CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

56721748 - 24/10/2018

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9531001798183CC21249955C.



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

EDILMA SILVA INOJOSA

Con Cedula de Ciudadanía No. 21249955

Cursó y aprobó la acción de Formación

PROTECCION RADIOLOGICA

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Puerto Carreño, a los veintisiete (27) días del mes de junio de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

EDGAR URIEL VELASCO GONZALEZ

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

EDGAR URIEL VELASCO GONZALEZ

Subdirector

CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

60885472 - 27/06/2019

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9531001914957CC21249955C.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Edilma Silva Inojosa

CC 21249955 de Puerto Carreño - Vichada

Realizó y aprobó el Curso de Aseo, Limpieza y Desinfección Hospitalaria
con un total de 100 Horas.

Verificación:

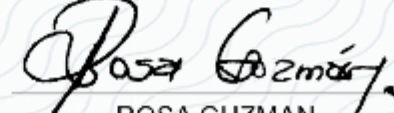


Fecha de emisión: 2026-03-26
Fecha de vencimiento: 2028-03-26

**FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA**
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



68811266-02cc-461b-bf5d-5809ac1f5805

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Edilma Silva Inojosa

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

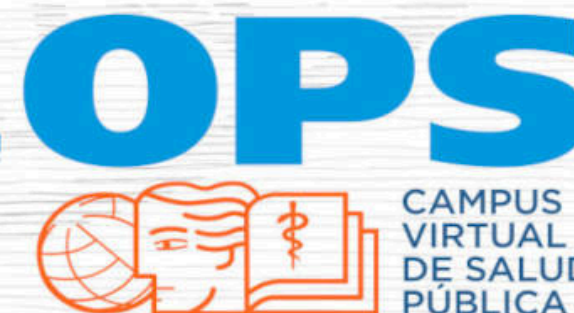
Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

23 de julio de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



Puerto Carreño Vichada, 31 de Julio del 2026

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN

Yo, **EDILMA SILVA INOJOSA**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No **21.249.955** expedida en la ciudad de Primavera Vichada, en plenas facultades mentales, y capacidad legal, con la firma del presente documento, me obligo a no utilizar para mi conveniencia o la de un tercero, ningún tipo de información que sea obtenida durante el desempeño de mis labores o fuera de ellas, en nombre del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E mediante la plataforma XENCO.

De igual forma, me comprometo a no suministrar a ninguna persona natural o jurídica de manera verbal, escrita o de cualquier otra manera, ya sea directa o indirectamente, ninguna clase de información o datos sobre procesos que se manejen en la plataforma XENCO, sin previa autorización del supervisor o por un requerimiento legal que sea dirigido directamente al Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E, de alguno de los siguientes módulos:

- Contabilidad, Inventarios, Cartera, Tesorería, Presupuesto, Nomina, Activos Fijos, Costos, Gestión Hospitalaria (facturación), Historias Clínicas, Glosas, Laboratorio Clínico, Diseñador de plantillas y Administrador de aplicativos y en general cualquier información que revista grado de confidencialidad.

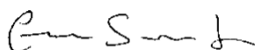
Esta información, deberá ser resguardada, debiendo tomar todas las medidas de seguridad necesarias para impedir el acceso no autorizado al usuario asignado en la plataforma XENCO por otros funcionarios o terceros.

De otro lado, me comprometo a dar el debido uso del usuario y contraseña que me sean asignados para la realización de las actividades contractuales a través de la plataforma XENCO, por lo tanto, me hago responsable ante la utilización indebida de dicha información, así como no suministrarla a terceros, por tratarse de un perfil de carácter personal e intransferible, a su vez, una vez finalice el vínculo contractual procederé a solicitar el respectivo paz y salvo con la oficina de Tics del Hospital a efectos de la desvinculación de la plataforma.

Con lo dicho anteriormente, quedo sujeto a la responsabilidad civil, penal y administrativa, por los daños y perjuicios que pudiera causar, así como las distintas sanciones en las que pudiera incurrir, con ocasión al incumplimiento de las conductas descritas en párrafos anteriores, así como cualquier otra conducta que afecte el debido uso del software institucional y exonero de todo tipo de responsabilidad al Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.

Este acuerdo de confidencialidad no tendrá limite en el tiempo, por lo tanto, reconozco que en ningún momento divulgaré la información que conozca con ocasión a la ejecución del contrato, a su vez, no descargaré ni me apropiaré de ningún documento que sea generado con ocasión al cumplimiento del contrato.

Atentamente,



C.C. 21.249.955

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Liseth Vanessa Guarín Montoya	Oscar Daniel Cortes Cardona	Álvaro Alberto Cardozo Castro
Abogada Contratista	Jefe Oficina Jurídica	Gerente

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



Nombre y apellidos / Full name

EDILMA SILVA INOJOSA

Número de identificación / ID Number

2 1 2 4 9 9 5 5

Fecha de nacimiento / Date of birth

27/11/1977

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

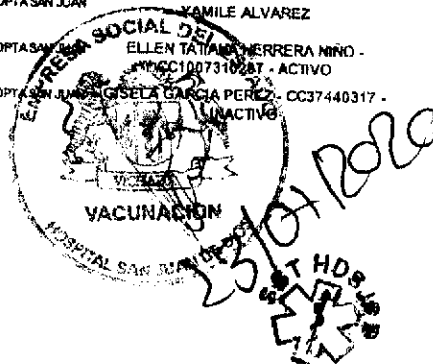
3172207399

Correo electrónico / e-mail

ID: 001402-020-403-000-15020000

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombre y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Day	Month	Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	10	05	2016		D2300	PUERTO CARREÑO ESE HOSP OPTA SAN JUAN DIOS	DAVID PULIDO
TD Adulto	Segunda	15	07	2016		D2300	PUERTO CARREÑO ESE HOSP OPTA SAN JUAN DIOS	LUDIS MABEL ROJAS ESTEVEZ
TD Adulto	Tercera	15	08	2017		D2300	PUERTO CARREÑO ESE HOSP OPTA SAN JUAN DIOS	JESUS ESTEBAN PEREZ RODRIGUEZ
TD Adulto	Cuarta	26	06	2018		D2300	PUERTO CARREÑO ESE HOSP OPTA SAN JUAN DIOS	JESUS ESTEBAN PEREZ RODRIGUEZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	26	06	2018		V50218010	PUERTO CARREÑO ESE HOSP OPTA SAN JUAN DIOS	DAVID PULIDO
COVID PFIZER	Primera	06	03	2021		EN1195	PUERTO CARREÑO ESE HOSP OPTA SAN JUAN DIOS	NORMA ELENA ALTAMAR
COVID PFIZER	Segunda	27	03	2021		ER1742	PUERTO CARREÑO ESE HOSP OPTA SAN JUAN DIOS	YAMILE ALVAREZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	01	07	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50523003	PUERTO CARREÑO ESE HOSP OPTA SAN JUAN DIOS	ELLEN TATIANA HERRERA NIÑO - C1007310287 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	18	03	2026	Serum	0094W003	PUERTO CARREÑO ESE HOSP OPTA SAN JUAN DIOS	GISELA GARCIA PEREZ - CC37440317 - INACTIVO
HB	1	05	06	2014	LG	44x136A H3DH		
HB	2	28	06	2015	De #a	2205016230 H3DH		



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

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

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

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

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

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

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

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



DECLARACIÓN DE ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN

Yo, **EDILMA SILVA INOJOSA** identificado(a) con CC No. **21249955**, manifiesto que declaré ante la IPS **PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS** del departamento de **VICHADA**, municipio de **PUERTO CARREÑO** el día **03/06/2025** que me encuentro vacunado(a) contra la **FIEBRE AMARILLA** y no cuento con carné de registro de vacunación, por lo anterior asumo toda responsabilidad eventual por contagio para mi mismo(a) y/o para terceros.

NOTA: Esta declaración no es válida para expedir certificado internacional de vacunación.

----- FIN DEL DOCUMENTO -----